

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON 1

U. E. R. DE MÉDECINE LYON - NORD

Année 1978- No 319

# "LE VÉCU DE L'URGENCE"

## THÈSE

présentée

à L'UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1  
et soutenue publiquement le mercredi 12 juillet 1978  
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Gilles Damas FROISSART

né le 2 février 1947

à Paris xvi<sup>e</sup>

29







Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41554224\\_0002](https://archive.org/details/IA41554224_0002)





UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON 1

U. E. R. DE MÉDECINE LYON - NORD

Année 1978- No

# "LE VÉCU DE L'URGENCE"

## THÈSE

présentée

à L'UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1  
et soutenue publiquement le mercredi 12 juillet 1978  
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

**Gilles Damas FROISSART**

né le 2 février 1947

à Paris xvi<sup>e</sup>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON I  
U. E. R. DE MEDECINE LYON - NORD  
Année 1978-79

# LE VECU DE L'URGENCE

THESE

ORIGINAL

A L'UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I  
et soumise publiquement le mercredi 27 juillet 1978  
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



Gilles Dames PROISSART

né le 2 février 1943  
à Paris XVI

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I  
U.E.R MEDECINE LYON-NORD  
8 avenue Rockefeller  
69373 LYON CEDEX 2

TABEAU DU PERSONNEL DE L'UNIVERSITE

Président de l'Université : Professeur D. GERMAIN

Premier Vice-Président : Professeur E. ELBAZ

Deuxième Vice-Président : M. B. ROUSSET

Troisième Vice-Président : M. BRULA

-----  
Secrétaire Général : M. RAMBAUD  
-----

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE

MEDECINE Grange-Blanche : Directeur : Docteur SALLE (M.C.A)

Alexis Carrel : Directeur : Professeur MORNEX

Sud-Ouest : Directeur : Professeur NORMAND

Lyon-Nord : Directeur : Docteur NEIDHARDT (M.C.A)

Directeur honoraire : Pr.A. BERTOYE

BIOLOGIE HUMAINE : Directeur; Pr: REVILLARD J.P

TECHNIQUES DE READAPTATION : Directeur : Dr MORGON (M.C.A)

SCIENCES PHARMACEUTIQUES : Directeur : Pr BIZOLLON C.

SCIENCES ODONTOLOGIQUES : Directeur : Pr. VINCENT R.

INSTITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE :

Président du conseil de l'U.E.R : Pr. R. COMTET

Directeur : M. MILLON A.

MATHEMATIQUES : Directeur : Professeur E. COMBET

PHYSIQUE : Directeur : Professeur J. DELMAU

CHIMIE ET BIOCHIMIE : Directeur : Professeur J. HUET

SCIENCES DE LA NATURE : Directeur : Professeur R. GINET

SCIENCES PHYSIOLOGIQUES : Directeur : Professeur WORDE J.F







INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N° 1 : Directeur :

Pr. POUYET B.

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N° 2 : Directeur :

M. GALLET J.

Directeur E.N.S.A.M

OBSERVATOIRE : Directeur : M. MONNET Guy

PHYSIQUE NUCLEAIRE : Directeur : Professeur GUSAKOW

MECANIQUE : Directeur : Mle COMTE BELLOT

-----OO O OO-----



A Christel,

Elle m'apporte bonheur et joie  
et dans quelques semaines un adorable enfant.

Je la remercie beaucoup pour son  
aide dans ce travail et pour tout le reste...





A mes parents

A Thierry et Aurélie

A Charles et Florence

A Henri, Marguerite et Sylvie

A tous mes très bons amis.





A notre Président de Thèse :

Monsieur le Professeur M. COLIN

Nous avons été séduit par l'ampleur et l'originalité  
de ses vues qu'une langue superbe sert si brillamment.

Nous espérons ne pas le décevoir par ce travail,  
l'assurons de notre respectueuse admiration et  
le remercions d'avoir bien voulu présider le Jury  
de cette thèse.



A nos Juges

- Monsieur le Professeur GUYOTAT

Bien que n'ayant pas été directement son élève, nous avons eu l'occasion d'apprécier la richesse de son expérience et la valeur de son travail pour ouvrir l'hôpital général à la psychiatrie.

Nous le remercions d'avoir accepté de juger notre travail.

- Monsieur le Professeur Agrégé VEDRINNE

Nous avons apprécié son sens de la mesure et ses incessantes remises en cause des tabous et des habitudes. Son enseignement est précieux et nous continuerons à le suivre. Nous voudrions lui exprimer par ce travail tous nos remerciements.

- Monsieur le Professeur Agrégé PELLET

Nous avons admiré la rapidité de son esprit et son ouverture sur toutes les facettes de la psychiatrie : on le croit analyste, il répond en pharmacologue ou en comportementaliste.

Nous le remercions très sincèrement d'avoir bien voulu participer à ce jury.





- Monsieur le Professeur Agrégé VIGNON

Nous le remercions d'avoir bien voulu participer à ce jury et de nous avoir permis de réaliser ce travail dans son service et chez les omnipraticiens de Saint-Etienne.

Son respect des idées et des gens a permis que le Pavillon d'Urgence soit ouvert à toutes les disciplines.

- Monsieur le Docteur Michel DEBOUT

Il est à l'origine de cette thèse, il nous a soutenu et fort bien conseillé tout le long de son élaboration.

Que ce travail soit l'occasion de lui exprimer notre reconnaissance et notre amitié.



A mes maîtres dans les hôpitaux :

Monsieur le Professeur BERTOYE

Monsieur le Professeur PONT

Monsieur le Professeur TRAEGER

Monsieur le Professeur Agrégé VAUZELLE

Monsieur le Professeur BETHENOD

Monsieur le Professeur Agrégé BOURRAT

et plus tard en psychiatrie :

Madame le Docteur SAILLANT à SEVREY

Monsieur le Docteur RIBON à SEMUR-en-AUXOIS

Monsieur le Docteur MIRIBEL à SAINT-ETIENNE

Monsieur le Docteur ACHAINTRE



A toute l'équipe du Pavillon d'Urgence de SAINT-ETIENNE

qui m'a accepté et aidé dans ce travail avec  
gentillesse et patience. Et tout particulièrement  
à Monsieur le Professeur Agrégé QUENEAU.





I N T R O D U C T I O N



Il y a bien des façons de rédiger sa thèse :

- en vitesse, pour se débarrasser de cette corvée ; avec rigueur scientifique, pour obtenir un écrit truffé de chiffres et de tableaux complexes ; avec humour, ce qui n'arrive pas très souvent ; en mégalomane, pour faire une "oeuvre géniale" ; et de mille autres manières encore...

Le présent travail a été dominé par le plaisir :

- plaisir de la diversité, dans les lectures en particulier ;
- plaisir du travail en commun : la collaboration avec Richard JOSPE lors du travail d'enquête a été fructueuse. La confrontation des points de vue d'un anesthésiste et d'un psychiatre devait être très enrichissante. Le service militaire et son affectation à Lorient ne nous ont malheureusement pas permis de mener jusqu'au bout cette coopération.
- plaisir d'un travail dans un Pavillon d'Urgence, où l'ambiance est si particulière, où les contacts avec chacun sont souvent privilégiés. N'est-ce-pas en garde que se nouent les relations les plus solides entre les uns et les autres ? Que, tard dans la nuit, ces échanges prennent une intensité plus forte ? Le Pavillon d'Urgence de SAINT-ETIENNE est, du fait de sa multidisciplinarité, un lieu très favorable aux rencontres, un lieu où les



barrières entre les uns et les autres sont temporairement abolies. Entre les différents soignants il y a, pour une fois, communication, confrontation, chacun reconnaissant l'autre, le chirurgien voyant travailler le médecin ou le psychiatre, ces derniers s'apercevant que les chirurgiens ne vivent pas enfermés dans leur bloc mais qu'ils parlent, se posent des questions...

- plaisir lors des différentes enquêtes, ressenti au contact des patients, aussi bien qu'au contact des médecins généralistes.

- plaisir aussi d'approcher une grosse bête qu'on appelle Ordinateur, et d'essayer de l'apprivoiser.

Je remercie Monsieur DEFAYOLLE - Médecin en Chef des Services dirigeant le Centre de Recherche du Service de Santé des Armées de LYON, de m'avoir guidé dans cette voie.

Le plaisir m'a poussé, mais ce n'est pas un maître très rigoureux. Ce travail est donc assez décousu, il part un peu dans toutes les directions. Il m'a fait découvrir des tas de points de vue, de nombreuses questions se sont posées... je n'ai pas voulu, ni, surtout, pu répondre à toutes.





Le travail dans un Pavillon d'Urgence m'est apparu comme une expérience passionnante, grâce à sa variété, à la qualité des contacts entre les soignants, à la nécessité d'un travail en équipe etc... Cela dit, il ne faudrait pas s'imaginer qu'à Saint-Etienne, le Pavillon d'Urgence soit un lieu idyllique : comme ailleurs, c'est souvent la course, l'agitation permanente ; la tension nerveuse y est soumise à de rudes chocs quand arrivent en même temps plusieurs blessés ; c'est parfois la panique et l'angoisse. Le spectacle est souvent pénible, et le couloir ressemble plus à une Cour des Miracles qu'à un hôpital moderne.

Dans les publications faites sur les urgences on s'est presque toujours placé du côté médical ; problèmes d'organisation : Comment améliorer l'accueil des blessés ? Comment améliorer le ramassage de ceux-ci ? Quels soins leur donner ? Dans de nombreuses thèses, on trouve de nombreuses données statistiques qui permettent de connaître le nombre exact de malades présentant telle ou telle pathologie, ou les thérapeutiques qu'il est nécessaire de mettre en route.

L'étude de L.M. RAYMONDIS sur "la politique hospitalière de l'urgence" réalisée aux Hospices Civils de Lyon en 1974 est passionnante et elle nous a beaucoup éclairé pour ces problèmes. En particulier, nous comprenons la distinction établie entre "l'urgence vraie", "l'urgence potentielle" et les "activités de détection de l'urgence potentielle", même si nous reviendrons sur cette distinction pour la critiquer, nous partageons tout à fait son point de vue quand il écrit :



"On s'aperçoit qu'en outre d'être un service d'hospitalisation, l'urgence devient un service de consultation polyvalent, ouvert en permanence".

et qu'il insiste sur la notion d'accueil médico-chirurgical qui

"marque le grand retour vers l'indifférenciation de l'accueil hospitalier (et) marque aussi littéralement la démocratisation des critères de l'urgence".

Ainsi sont soulevés tous les problèmes qui se posent entre l'institution hospitalière et le public.

Notre travail se propose d'étudier "le vécu de l'urgence" par le patient, au moment de son arrivée au Pavillon d'Urgence. Nous avons essayé de nous placer du côté du malade, pour connaître le point de vue des "consommateurs" de l'urgence.



Avant de décrire ce "vécu de l'urgence", nous allons présenter le cadre général de notre étude. Après avoir brossé un rapide portrait de la ville de Saint-Etienne et vu les caractéristiques du Pavillon d'Urgence de l'Hôpital Bellevue, puis exposé notre méthodologie, nous montrerons que cette venue à l'hôpital dans le cadre de l'urgence est une expérience tout à fait spécifique. Nous essaierons alors de voir comment on peut expliquer ces comportements : conséquence de phénomènes individuels, ou suite logique à un processus collectif ? Enfin, nous verrons la réponse que peut apporter un Pavillon d'Urgence à cette demande. Celle-ci est le plus souvent imposée au malade (accident), parfois formulée par lui, consciemment ou inconsciemment.





LA SITUATION STEPHANOISE



## LA SITUATION STEPHANOISE

=====

### SAINT-ETIENNE, une ville à la recherche de son identité.

La grand'rue, longue de 7 km., pourrait servir d'axe pour la découverte de la cité stéphanoise, mais ce n'est pas si simple ; l'organisation est anarchique, elle a pénétré dans tous les vallons, contourné les collines. L'agglomération s'étend de Saint-Chamond à Firminy, sur près de 20 Km., mais aussi dans le sens Nord-Sud.

Où est le centre réel ? Le coeur de la ville ? Il est bien difficile de répondre à cette question.

Avec 500 000 habitants, c'est la seconde ville de la région Rhône-Alpes, la neuvième de France ; et pourtant, elle reste mal connue, malgré les efforts de son équipe de football et les ennuis actuels de Manufrance, elle n'apparaît pas comme une grande ville.

est  
Il faut reconnaître qu'elle marginale, tant au plan géographique qu'économique. Saint-Etienne est située à l'écart de la plaine du Forez, et à l'écart de la vallée du Rhône, au fond de la dépression du Furan. C'est une ville élevée (600m) au climat rude, d'allure montagnarde.

Pays de frontière entre le francoprovençal et le provençal d'Auvergne, entre les langues d'Oc et les langues d'Oïl. On retrouve encore aujourd'hui, dans l'accent stéphanois, ce mélange riche des influences



rudés du Massif Central tout proche, adouci par le soleil du Midi, et l'on ressent dans la langue un certain laisser-aller bon enfant.

Autre paradoxe, décrit par Daniel MANDON : cette ville n'a jamais été une capitale régionale, et ceci pour de nombreuses raisons :

- la proximité de Lyon,
- l'absence d'un passé historique très ancien,
- le caractère d'abord ouvrier de la population stéphanoise.

Cette ville est marquée par le poids d'un passé industriel impressionnant : en la regardant d'une de ses collines, on constate l'importance de l'héritage légué par l'expansion improvisée du XIX<sup>ème</sup> siècle. Et si cette description :

"L'aspect est noir, peu agréable, les monuments revêtus d'une couche de poussière de charbon sont pour la plupart lézardés par le creusement des mines souterraines"

qu'on lit dans une édition du Larousse du XX<sup>ème</sup> siècle est un peu dépassée, elle n'est pas complètement inexacte.

L'industrie lourde, tant métallurgique que minière, n'a pas disparu. Même si la majorité des puits ont été fermés, il reste les installations ; les hautes cheminées répondent aux terrils, et on voit encore de nombreuses usines au milieu du tissu urbain.

Plus que dans la présence objective de ce monde industriel, c'est dans les mentalités qu'on sent bien le poids du travail manuel. Il faudrait insister sur les valeurs données à l'effort dans cette ville "née



du travail". Le poids de la Mine reste très fort dans les réflexes collectifs.

La mine fut aussi à l'origine d'une série d'immigrations successives : Polonais, Espagnols puis Maghrébins. Si l'on peut encore trouver du pain polonais dans certaines boulangeries, ce n'est plus qu'un facteur de vente. L'assimilation de ces groupes s'est dans l'ensemble parfaitement réalisée. La communauté arabe reste moins intégrée et l'on sait qu'elle assure souvent les tâches les plus pénibles.

On se demande si à cause de ses conditions les Maghrébins entretiennent avec le Pavillon d'Urgence un rapport spécifique.

L'importance de l'empreinte rurale ne doit pas être négligée ; ce n'est pas seulement parce que le Massif du Pilat est aux portes de la ville qu'on ressent si fortement le caractère paysan d'une bonne frange de la population : la rudesse de certains, leur résistance à la douleur... On retrouve de nombreuses expressions campagnardes dans leur vocabulaire. Les gens de la Haute-Loire ou des Monts du Forez sont restés à proximité de leurs racines. Les statistiques signalent que le taux d'autochtonie de la main d'oeuvre est remarquable pour une ville de cette taille.

Si on veut poursuivre cette présentation, il faut voir que, malgré le poids industriel et cette solidité ouvrière et paysanne, peu à peu Saint-Etienne se dégage, change, sort de son isolement.

Un énorme effort de mutation a été entrepris depuis 15 ans. On rencontre des quartiers entièrement neufs : la Métare, Mont-Reynaud, où comme ailleurs en France, on retrouve les problèmes des grands ensembles, avec cette population mal insérée, ces locataires





qui "ne respectent rien" et qui souhaitent aller rapidement ailleurs. La rotation dans certains immeubles est très rapide.

Le désenclavement de la ville s'est opéré grâce à l'autoroute Farminy-Givors et bientôt à celle qui ira vers Clermont-Ferrand. La circulation s'est considérablement améliorée grâce à la construction d'un boulevard périphérique.

A ces puissants mouvements internes qui contrastent avec un dynamisme démographique modéré (335 000 habitants en 1946) s'est jointe la difficulté d'adopter le statut de "grande ville", ceci dans tous les domaines : administratif, religieux, juridique, éducatif, culturel...

Ainsi, ce n'est que récemment que la ville a été dotée d'un diocèse propre, d'une juridiction autonome. La maison de la culture n'a été inaugurée qu'en 1969. L'université a été créée par l'arrêté ministériel du 8 Mai 1969, il y a donc moins de 10 ans, ce qui est tout de même surprenant pour une ville de cette taille. La présence d'étudiants n'est-elle pas en train de modifier l'atmosphère de la ville ? La Place du Peuple reconnaît-elle ses badauds ?

Pour illustrer encore ces mutations, notons le profond changement d'aspect des débits de boissons, des cafés qui sont du reste presque inexistants dans les nouveaux quartiers. Ces endroits, qui étaient des lieux de rencontre et d'échanges, des "microforums" pour reprendre l'expression d'Edgar MORIN, sont peu à peu en train de perdre ce rôle de régulateur social. Ce fait, relevé par les sociologues, montre bien le bouleversement de la ville qui cherche à se libérer de cette image de



cité noire et industrielle. Elle insiste sur son nouveau visage, sur le vert, sur la proximité de la nature...

Cette croissance, ces changements ne vont pas sans malaise, sans une crise généralisée des "valeurs traditionnelles" dont nous avons montré qu'elles étaient restées particulièrement fortes à Saint-Etienne.

Ne s'étant pas encore totalement dégagée de son passé, n'ayant pas encore trouvé son avenir, la ville ne sait pas bien qui elle est. Et toutes les questions qu'elle se pose sur sa propre identité semblent rejaillir sur l'ensemble de ses habitants.



## LE PAVILLON D'URGENCE

=====

L'Hôpital Bellevue, où se trouve le Pavillon d'Urgence, lieu de notre enquête, a, lui aussi, été le siège de profondes et importantes modifications.

Situé en haut de la grand'rue, c'est le seul hôpital de la ville. Il éclate dans ses murs, les travaux se succèdent depuis des années mais ne suffisent pas, et déjà certains services se sont déplacés au Centre Inter-communal de Saint-Jean-Bonnefonds et la construction de l'Hôpital Nord a commencé.

La structure en pavillons de brique et de pierre, tristes et sombres, n'était peut-être pas la seule raison pour laquelle, il y a 15 ans encore, on évitait à tout prix de se faire hospitaliser dans ces murs. Le problème était particulièrement aigu pour les urgences : l'organisation ne permettait pas de répondre à la demande.

A partir des années 70, un changement fondamental apparaît : l'hôpital devient un C.H.R.U. (Centre Hospitalier Régional et Universitaire). Les moyens financiers s'améliorent considérablement, le nombre de médecins hospitaliers triple. La confiance naît entre le public et son hôpital.

Cette situation est particulièrement nette pour le Service d'Urgence et de Soins Intensifs (S.U.S.I.), plus communément appelé Pavillon d'Urgence ou P.U. L'augmentation du nombre des consultants est en effet spectaculaire : de 47 000 en 1975, on passe à près de 52 000 deux ans après.



Ce service reçoit toutes les catégories d'urgence. C'est un service multidisciplinaire, qui se divise en plusieurs secteurs :

- soins externes de chirurgie, qui comporte 3 salles d'examen et un dispensaire,
- soins externes de médecine, où il y a 3 pièces pour recevoir les malades;

Cet ensemble fonctionne comme un service de porte ou d'accueil, qui reçoit environ 4000 malades par mois. C'est là que nous avons réalisé notre enquête.

- le service de chirurgie d'urgence, où il y a 2 blocs opératoires et une vingtaine de lits,
- le service de médecine d'urgence, qui possède 12 lits,
- le service de réanimation, où il n'y a que 5 lits.

Toutes les spécialités médicales sont représentées 24 H sur 24 dans ce Pavillon d'Urgence, de la stomatologie à la psychiatrie. Cette dernière spécialité n'ayant pas d'espace individualisé occupe une grande partie des lits d'hospitalisation médicale, avec des suicidants qui représentent à eux seuls 16 % des malades. Cependant la collaboration entre les psychiatres "envahissants" et les somaticiens est excellente grâce à l'esprit donné par le Chef de Service Mr le Professeur Agrégé VIGNON, et aussi par le Professeur Agrégé QUENEAU qui a pris en charge les secteurs médicaux du Pavillon d'Urgence.

Quelques remarques sont indispensables pour comprendre le fonctionnement institutionnel de ce service,





à savoir la prévalence absolue de la "grande urgence" de chirurgie ou de réanimation. Ce phénomène n'est pas à nier, ni à minimiser car il sert de modèle à tous, s'infiltrer, s'insinuer dans toutes les mentalités.

Cette domination est déjà révélée par l'organisation spatiale du service :

- ┐ les services de chirurgie occupent, comme on peut le voir sur le plan ci-après, une place privilégiée : ils sont les plus proches de la porte, les plus en vue, à côté du S.A.M.U.,
- la situation géographique du service de réanimation me semble, elle aussi, significative : il est en effet à l'écart des autres, isolé, comme un lieu secret, interdit.

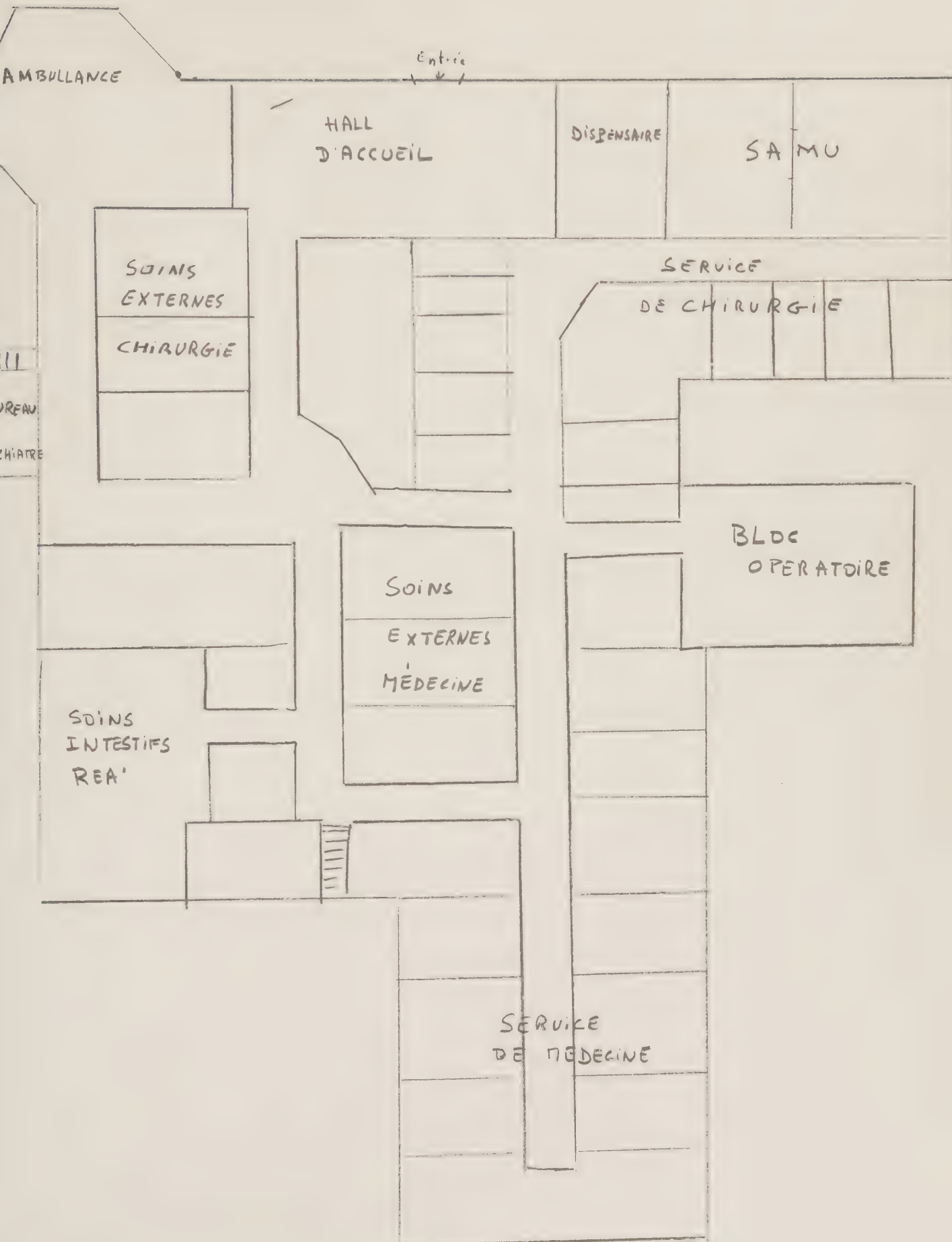
Cet isolement n'est pas seulement spatial, il se retrouve dans les mentalités, comme nous l'avons appris dans notre enquête auprès des soignants du Pavillon d'Urgence. Il est difficile de communiquer avec "ceux des Soins Intensifs" et il est presque impossible de pénétrer dans le Saint des Saints si on n'appartient pas à la "caste" des réanimateurs.

Cette toute puissance un peu magique des anesthésistes s'est encore accrue, depuis quelques mois, avec l'ouverture du "S.A.M.U. 42".

Ce n'est pas là une critique, mais la simple constatation que la disposition des lieux a une influence prépondérante sur les esprits. De ce fait, les urgences sociales ou psychologiques, qui sont en nombre croissant, risquent peut-être d'être dévalorisées.



- PAVILLON D'URGENCE -





## M E T H O D E S



## METHODES

=====

Pour aborder le problème des urgences, nous avons plusieurs possibilités :

- l'observation d'un très petit nombre de cas et la dissection de ceux-ci ; mais la diversité des patients venant au Pavillon d'Urgence rendait cette méthode assez caduque.
- la dissertation libre à propos de l'urgence nous semblait peu valable.
- la lecture des nombreux écrits sur l'urgence a été faite, mais aucun n'avait, semble-t-il, pris le point de vue des malades.

Nous avons, sur les conseils du Dr DEBOUT, choisi la technique de l'enquête, et avec ce dernier et avec Mr LAPORTE, psychologue de l'hôpital, nous avons mis au point trois séries de questionnaires :

- la première, auprès de 200 patients entrant en urgence à l'hôpital Bellevue,
- la seconde chez la majorité des médecins généralistes installés dans l'agglomération stéphanoise,
- la troisième enquête a été préparée pour le personnel travaillant au Pavillon d'Urgence.

L'enquête sur les médecins généralistes a été réalisée pour comprendre ce qui se passait "en amont" du Pavillon d'Urgence, l'omnipraticien étant souvent le premier maillon de la réponse médicale face à l'urgence.





Il nous a semblé que, de préférence à un entretien libre avec le médecin, un questionnaire tout préparé facilitait le contact. Richard JOSPE et moi-même, chacun de son côté, nous sommes rendus chez les généralistes conventionnés en suivant la liste officielle fournie par la Sécurité Sociale. Nous nous sommes présentés chez eux à l'heure de leur consultation. Ils nous ont tous reçus avec la plus grande gentillesse et nous ont accordé entre cinq minutes et une heure. Un petit nombre d'entre eux a accepté de répondre d'emblée au questionnaire. La plupart a préféré le garder quelques jours, et quand nous passions reprendre notre enquête, ils ont souhaité nous voir et faire un certain nombre de commentaires personnels. J'en profite pour renouveler ici tous mes remerciements à ces médecins qui m'ont reçu avec patience et m'ont aidé dans la compréhension du phénomène de l'urgence.

Pour le personnel travaillant au Pavillon d'Urgence nous avons procédé de manière identique, par la méthode du questionnaire. Il s'agit malheureusement d'une formule longue, qui prend beaucoup de temps, je n'ai pu interroger qu'un nombre limité de membres du personnel et le regrette beaucoup.

C'est l'enquête auprès des malades arrivant au Pavillon d'Urgence qui m'a le plus retenu et que j'ai essayé d'exploiter.

Nous avons choisi cette méthode du questionnaire à réponses programmées pour avoir une systématisation suffisante, mais aussi parce qu'il s'est avéré que c'était la seule méthode possible. Les malades du Pavillon d'Urgence sont extrêmement variés car toutes les urgences de la ville de Saint-Etienne y arrivent : urgences médicales, chirurgicales, psychiatriques et même sociales. Ce pavillon, qui fonctionne comme un service de porte, reçoit aussi bien un grand traumatisé de la route qu'un suicidant ou qu'un demandeur d'arrêt de travail.



D'autre part, les essais d'entretiens libres ont été infructueux ou du moins très pauvres, comme si, lors de l'urgence, il y avait une grande difficulté pour verbaliser et qu'il était plus simple de choisir des réponses toutes prêtes.

Cette enquête comporte 40 questions que nous avons groupées en plusieurs chapitres :

- circonstances de venue au Pavillon d'Urgence,
- état-civil,
- motifs de venue au Pavillon d'Urgence,
- conditions d'accueil.

plus une dizaine de renseignements remplis par l'interrogateur concernant le diagnostic, la durée réelle du passage au Pavillon d'Urgence, l'état apparent du malade, ses possibilités de mobilité, son avenir.

Il y aurait beaucoup à dire sur le choix de questions, leur formulation, mais la rédaction d'un questionnaire est le 1er temps du travail il est donc imparfait, d'autant qu'au départ nous n'avions pas prévu une exploitation statistique : elle s'est avérée indispensable devant la somme des informations.



QUESTIONNAIRE MALADE

-----

A. Circonstances de venue au P.U.

=====

I. Heure :

|            |           |   |
|------------|-----------|---|
|            | 8 - 12 H  | O |
|            | 12 - 14 H | O |
| variable 3 | 14 - 18 H | O |
|            | 18 - 22 H | O |
|            | 22 - 8 H  | O |

2. D'où venez-vous ?

|     |                 |   |
|-----|-----------------|---|
|     | Domicile        | O |
| V.4 | Lieu de travail | O |
|     | Voie publique   | O |
|     | Autre           | O |

3. Mode de transport ?

|     |                    |   |
|-----|--------------------|---|
|     | Véhicule personnel | O |
| V.5 | A Pied             | O |
|     | Taxi               | O |
|     | Ambulance          | O |

4. Accompagné par :

|     |                      |   |
|-----|----------------------|---|
|     | Personne (seul)      | O |
| V.6 | Famille ou entourage | O |
|     | Force Publique       | O |
|     | Autre                | O |



B. Etat-Civil :

=====

|                 |                 |   |
|-----------------|-----------------|---|
| I. <u>Age</u> : | Moins de 20 ans | 0 |
|                 | 20 - 40         | 0 |
| V.7             | 40 - 60         | 0 |
|                 | 60 - 80         | 0 |
|                 | Plus de 80      | 0 |

|                  |          |   |
|------------------|----------|---|
| 2. <u>Sexe</u> : | Masculin | 0 |
| V.8              | Féminin  | 0 |

3. Situation de famille :

|     |             |   |
|-----|-------------|---|
|     | Célibataire | 0 |
| V.9 | marié       | 0 |
|     | Divorcé     | 0 |
|     | Veuf        | 0 |

4. Nationalité :

|      |                                  |   |
|------|----------------------------------|---|
|      | française                        | 0 |
| V.10 | étrangère                        | 0 |
|      | parlant le Français correctement | 0 |
|      | avec difficulté                  | 0 |
|      | pas du tout                      | 0 |

5. Etes-vous :

|      |               |   |
|------|---------------|---|
|      | étudiant      | 0 |
|      | au travail    | 0 |
| V.11 | en retraite   | 0 |
|      | au chômage    | 0 |
|      | sans activité | 0 |
|      | invalidé      | 0 |

6. Vivez-vous :

|      |                    |   |
|------|--------------------|---|
|      | seul               | 0 |
| V.12 | avec votre famille | 0 |
|      | dans un "foyer"    | 0 |
|      | sans domicile fixe | 0 |





7. Etes-vous actuellement en cours de soins ?

- . hospitalisé dans un autre service O
- v.13 atteint d'une maladie chronique pour laquelle vous  
êtes soigné O
- . sans traitement O

C. Motif de venue au P.U.

=====

1. Etes-vous adressé : par un pharmacien O
- par votre médecin traitant habituel O
- v.14 par un médecin consulté en urgence O
- de vous-même O
- par la force publique (ou famille) O
- ou muté d'un autre service O

2. Pourquoi, à votre avis, êtes-vous là ?

- v.15 blessure, accident O
- v. 16 température, fièvre O
- v. 17 fatigue O
- v. 18 angoisse O
- v. 19 intoxication O
- v. 20 malaise O
- v. 21 agitation O
- v. 22 autre O
- v. 23 douleur O

3. Quand vous êtes arrivé :

- v.24 aviez-vous peur d'une maladie grave O
- aviez-vous peur de mourir O
- étiez-vous calme O



4. A votre avis, votre état nécessite-t-il :

- |      |                         |   |
|------|-------------------------|---|
|      | une présence rassurante | O |
|      | des conseils            | O |
| V.25 | un avis médical         | O |
|      | un traitement immédiat  | O |
|      | une hospitalisation     | O |

5. Etes-vous mal depuis :

- |      |                                |   |
|------|--------------------------------|---|
|      | très peu de temps (moins d'1H) | O |
| V.26 | 6 à 12 heures                  | O |
|      | 12 à 48 heures                 | O |
|      | longtemps mais aggravation     | O |

Dans le cas où vous êtes venu de vous-même au P.U. pourquoi :

- |      |                                                   |   |
|------|---------------------------------------------------|---|
|      | vous trouvez au PU un spécialiste très rapidement | O |
|      | vous êtes loin de tout centre de soins            | O |
| V.27 | vous ne connaissez pas de médecin                 | O |
|      | votre médecin traitant était absent               | O |
|      | vous n'avez pas pu joindre de médecin             | O |
|      | vous-même jugiez votre état sérieux               | O |

Dans le cas où vous êtes venu adressé par un médecin :

- |      |                                           |     |   |
|------|-------------------------------------------|-----|---|
| V.28 | a-t-il écrit une longue lettre, précise ? | oui | O |
|      |                                           | non | O |

savez-vous si c'est pour :

- |      |                                  |   |
|------|----------------------------------|---|
|      | un examen qu'il n'a pas pu faire | O |
|      | un traitement immédiat           | O |
| V.29 | une hospitalisation              | O |
|      | une autre raison                 | O |
|      | vous ne savez pas                | O |













9. Avez-vous été suffisamment écouté ?

|      |                  |   |
|------|------------------|---|
|      | tout à fait bien | 0 |
|      | assez bien       | 0 |
| V.42 | normalement      | 0 |
|      | mal              | 0 |
|      | pas du tout      | 0 |

10. Vous a-t-on donné ici des explications sur votre cas ?

|      |                         |       |
|------|-------------------------|-------|
|      | NON                     | 0     |
| V.43 | OUI                     | 0     |
|      | Les avez-vous demandées | OUI 0 |
|      |                         | NON 0 |
|      | Ont-elles été claires   | 0     |
|      | vagues                  | 0     |
| V.44 | incompréhensibles       | 0     |

11. Pensez-vous que la présence d'un proche auprès de vous est

|      |               |   |
|------|---------------|---|
|      | indispensable | 0 |
| V.45 | secondaire    | 0 |
|      | inutile       | 0 |

Combien de personnes par jour sont vues dans ce pavillon  
à votre avis ?

|      |             |   |
|------|-------------|---|
|      | 10 à 30     | 0 |
|      | 30 à 50     | 0 |
| V.46 | 50 à 100    | 0 |
|      | 100 à 200   | 0 |
|      | plus de 200 | 0 |
|      | ne sait pas | 0 |



Combien de personnes travaillent dans ce pavillon ?

|      |             |   |
|------|-------------|---|
|      | 10 à 20     | O |
|      | 20 à 30     | O |
| V.47 | 30 à 50     | O |
|      | 50 à 100    | O |
|      | plus de 100 | O |
|      | ne sait pas | O |

E. Conclusions

=====

Reviendrez-vous au P.U.

|      |                                                |     |   |
|------|------------------------------------------------|-----|---|
| V.48 | si vous avez des ennuis graves d'ordre médical | OUI | O |
|      |                                                | NON | O |

|      |                                                       |     |   |
|------|-------------------------------------------------------|-----|---|
| V.49 | d'ordre psychologique (familial, conjugal, personnel) |     |   |
|      |                                                       | OUI | O |
|      |                                                       | NON | O |

Commentaires personnels du patient :

F. A remplir par l'interrogateur :

=====

Humeur apparente du patient :

|      |          |   |
|------|----------|---|
|      | Agressif | O |
| V.50 | Calme    | O |
|      | Anxieux  | O |
|      | Passif   | O |

Mobilité du malade :

|      |            |   |
|------|------------|---|
|      | Impossible | O |
| V.51 | Difficile  | O |
|      | Facile     | O |

Hospitalisation :

|      |     |   |
|------|-----|---|
|      | OUI | O |
| V.52 | NON | O |



Diagnostic :

|     |                           |   |
|-----|---------------------------|---|
|     | Chirurgie traumatique     | O |
|     | Chirurgie non traumatique | O |
|     | Médecine                  | O |
| V.1 | Placement                 | O |
|     | Bilan                     | O |
|     | Troubles du comportement  | O |

Durée du passage au P.U. :

V.2    Heure d'arrivée :  
          Heure de sortie :



Ce questionnaire a été réalisé au Pavillon d'Urgence de l'Hôpital Bellevue de Saint-Etienne :

- dans une période s'étendant du mois d'octobre au mois de décembre 1977,
- n'importe quel jour de la semaine, avec en particulier deux week-ends et la semaine entre Noël et le Premier Janvier, signifiants pour les sociologues,
- par tranches de 4 heures consécutives d'interrogatoire, le plus souvent l'après-midi et la soirée car il y avait un maximum de consultants à ces heures-là. Il n'y a pas eu de questionnaire réalisé entre 2 et 6 heures du matin.

Nous avons voulu nous intéresser à un moment précis et limité : dans les premières heures après l'arrivée à l'hôpital d'un malade lors d'une situation d'urgence, c'est-à-dire juste après le premier examen.

Il n'y a eu aucune sélection dans le choix des patients : était vue toute personne entrant au Pavillon d'Urgence.

Les questions étaient lues au malade, quelquefois devant la personne qui l'accompagnait, en particulier dans le cas des enfants ou des étrangers qui parlaient difficilement le Français.

Il est à noter qu'une personne sur 5 n'a pas pu répondre car elle entraînait dans l'une des catégories suivantes :





- malade trop gravement atteint et passant directement au bloc chirurgical,
- malade dans le coma,
- malade ne parlant pas du tout le Français et seul,
- déments séniles.

Les seuls cas, du reste très peu nombreux, de refus ont été dus à des alcooliques en état d'ivresse, une fois à un malade de mauvaise humeur, une autre à un homme qui venait simplement chercher un certificat et était trop pressé.

L'ensemble de l'enquête a été réalisé à 80 % par deux personnes, Richard JOSPE et moi. Quelques personnes nous ont aidés occasionnellement et nous les en remercions. L'enquêteur portait le plus souvent une blouse blanche et se présentait comme médecin. Il lisait le questionnaire au malade qui avait déjà été examiné et savait ce qui lui arriverait : retour chez lui ou hospitalisation. Cependant les questions ont parfois été posées au moment où le malade attendait un examen paraclinique, radiologique le plus souvent.

Les entretiens ont eu le plus souvent lieu en dehors de la salle d'examen, dans le couloir, au moment donc de la sortie du malade du service de porte proprement dit.

Deux remarques sont à faire :

1. l'urgence pédiatrique ne se fait pas dans le Pavillon d'Urgence, les enfants allant en principe directement au pavillon 11 dans le Service du Pr FREYCON, sauf pour des histoires traumatiques. Dans ce cas, ils passent au Pavillon d'Urgence où éventuellement on les radiographie et on leur donne les premiers soins



chirurgicaux. Aussi n'ai-je pu interroger qu'une dizaine de parents d'enfants se présentant aux Urgences ; mais ces questionnaires ne sont pas entrés dans l'étude générale car ils prenaient en compte "le vécu d'un non-malade". Cela dit, ils sont très révélateurs de l'angoisse de l'entourage, qui frise parfois la panique.

2. Les individus présentant des troubles du comportement sont sous-représentés car on me demandait de les voir en tant que psychiatre de garde et je ne pouvais donc plus les interroger moi-même sur la qualité de l'écoute ou sur l'amabilité de l'entretien. Dans cette catégorie entrent les malades "psychiatriques vrais", et un certain nombre d'individus venant pour des histoires psycho-sociales.

Les entretiens duraient environ 10 à 15 minutes et nous avons réuni 200 questionnaires.

Dans un deuxième temps nous avons mis ces quelques 40 000 données sur fiches et un traitement informatique nous a permis d'approcher ce phénomène de l'urgence.



## LE TRAITEMENT INFORMATIQUE =====

### Pourquoi des statistiques ?

Cette question me fut posée souvent avec un petit sourire moqueur ; tout le monde sait que la psychologie n'est pas une science exacte, mais dans une thèse, " des chiffres, ça fait bien."

Le questionnaire nous fournit des informations qualitatives. En quoi l'étude statistique pouvait-elle m'aider à mieux approcher ce vécu de l'urgence ? Pour répondre, j'emprunterai largement mes arguments à Monsieur J. JACQ qui m'a beaucoup aidé, et que je remercie ici bien vivement. Dans son mémoire de psychologie expérimentale, "l'évaluation des facteurs latents de la conduite suicidaire", il écrit :

"il n'existe pas en psychologie de paramètres se prêtant à des mesures directes, (...) et, parce que les informations accessibles sont pas nature qualitatives, approximatives et aléatoires, il a bien fallu bâtir à partir de ces données imparfaites des mesures ayant des "meilleures propriétés", d'où la nécessité d'utiliser des modèles. (...) Il nous a semblé qu'il était possible, en utilisant l'arsenal que l'analyse des données, l'informatique et les mathématiques mettent à notre disposition, de construire à partir de plusieurs items d'un questionnaire des facteurs qui traduiraient, sous une forme quantitative, l'essentiel de l'information contenue dans ces items, et cela au niveau de l'individu (...) Il n'est nullement dans mon intention de prétendre accéder à une mesure de phénomènes, de concepts ou d'opinions qui sont, par nature, approximatifs et peu précis dans le psychisme de l'homme, et c'est pourquoi nous estimons avec Kaufmann que des phénomènes "flous" par nature doivent être décrits par une mathématique appropriée et qu'il s'agit, ici,



plutôt d'une évaluation que d'une mesure".

Il fallait rester le plus proche possible des réponses données par les patients de l'urgence, ne pas trop les déformer, tout en se donnant les moyens de les comparer et de les interpréter en tâchant de refuser tout a priori.

On pourrait me faire la critique suivante : "l'utilisation des chiffres est un mécanisme de défense". C'est en partie vrai, mais je pense qu'au delà d'un certain seuil d'analyse on dépasse ce caractère défensif pour obtenir un outil très riche. Cette technique mathématique ne vient pas concurrencer l'intuition mais elle aide l'interprétation car elle permet de mettre en évidence des structures sous jacentes contenues dans la masse de l'information mais non visibles.

Les sciences n'ont progressé que lorsque leurs objets ont pu être quantifiés, mesurés, c'est-à-dire au moment où on a pu réaliser avec succès "le passage d'un langage analogique à une communication digitale qui possède une syntaxe plus logique et plus commode" (WATZLAWICK)

Nous connaissons les pièges d'une topologie ou d'une <sup>psycho</sup>métrie trop rigoureuse, dont a été victime bien longtemps la criminologie clinique. Nous essayerons de les éviter.

Les statistiques permettent une approche en deux temps : descriptif et analytique.

#### 1°) Le temps descriptif

Lors de la procédure de dépouillement de l'enquête, on rassemble les données, on les vérifie puis on calcule les pourcentages respectifs obtenus pour chaque item. On peut alors construire les histogrammes correspondants.





Puis on croise un item (ici le diagnostic objectif) avec tous les autres. On obtient des tableaux de contingence dont les résultats sont interprétés par la méthode du "CHI - DEUX" qui repose sur l'hypothèse de l'équipartition. Le but en est simple : il s'agit de voir si le tableau contient ou non l'information. Le test du CHI-DEUX donne un nombre entre 0 et 1 qui représente la probabilité qu'un tableau soit aléatoire.

Par exemple, dans le tableau de contingence mettant en rapport le diagnostic et le mode d'accompagnement, on ne trouve aucune corrélation : c'est-à-dire que le croisement de ces deux items ne permet pas de relier significativement une modalité quelconque de l'un à une modalité quelconque de l'autre. On peut en conclure que quel que soit le diagnostic (c'est-à-dire la pathologie réelle) l'accompagnement ne varie pas : les malades chirurgicaux viennent aussi facilement seuls que les malades médicaux ou psychiatriques.

En revanche, dans le tableau de contingence Diagnostic-soins, il y a une différence significative : ce sont essentiellement les malades de médecine qui suivent un traitement au long cours.

On aurait pu multiplier le nombre des croisements entre un critère et les autres mais on est vite limité par le nombre d'effectifs trop faible dans chaque tableau et par le nombre de tableaux. Surtout, dans notre cas, cette méthode ne permet de comparer les critères que deux à deux. En effet en construisant des tableaux croisant plus de deux items on aurait presque toujours des tests de CHI 2 positif et des tableaux non interprétables.

Compte-tenu de cette limitation, on ne peut utiliser que des tableaux à deux entrées. Rien ne permet alors d'affirmer que ce sont les mêmes individus qui ont répondu d'une certaine manière à trois items successifs. Par exemple il peut se trouver qu'une forte proportion de malades venant en médecine réponde qu'elle a peur d'avoir une maladie grave (item 24) et



qu'un pourcentage élevé de malades de la même catégorie (médecine) se dise rassuré par la présence des autres patients (items 35). Il n'est pas possible d'affirmer que ce sont les mêmes individus qui ont répondu ainsi à ces 2 items.

Ces différentes limites nous ont conduits à utiliser une méthode plus élaborée : la statistique mathématique dans une vision factorialiste des problèmes.

### Le 2ème temps est analytique et synthétique

Dans le cadre de la statistique mathématique devenue opérationnelle grâce aux ordinateurs, " l'analyse des données " est l'outil le plus intéressant pour les sciences humaines. C'est un ensemble de méthodes qui permet une étude globale et simultanée de toutes les données de l'information en respectant la dimension sujet.

Les résultats d'une enquête comme celle que nous avons réalisée fournissent une masse d'informations très grande dont il est difficile de tirer les lignes de force, les composantes principales. "L'analyse des données" fournit un modèle statistique qui permet l'interprétation des résultats et la compréhension de ceux-ci en réduisant au minimum la subjectivité et les a-priori. Au prix d'une perte parfois notable d'information, il est possible de mettre en évidence les phénomènes sous jacents ou facteurs latents qui expliquent les comportements et les réactions d'un individu ; et ceci est possible par l'utilisation de méthodes statistiques multidimensionnelles.

L'analyse des correspondances est le modèle le plus approprié à l'étude des données qualitatives. Elle a été mise au point en France par le Professeur Jean Paul BENZECRI vers 1965. A la suite des travaux de M.G KENDAU et A. STUART sur les paramètres d'indépendance des lignes et des colonnes d'un tableau, BENZECRI a décrit les propriétés algébriques de la méthode et a montré son intérêt en représentant par des "proximités"



les associations existant entre les lignes et les colonnes d'un tableau. Il traduit ainsi par une distance une quantité d'informations.

Cette méthode de l'analyse des correspondances est une branche de l'analyse factorielle dont les principes sont déjà anciens.

Si K. PEARSON et H. HOTTELING en sont à l'origine, ce sont les travaux de C. SPEARMAN et des psychologues anglo-saxons qui les ont popularisés au début du siècle. Leur but était de mesurer de l'intelligence. Après avoir fait passer à de nombreux sujets des tests psychologiques, ils ont recueilli une grande quantité d'information. Les résultats aux tests étaient nombreux et, d'une certaine manière, multidimensionnels. SPEARMAN prétendait, grâce à une technique d'analyse factorielle, isoler un facteur général unique mesurant l'intelligence... et il y est arrivé. Mais il fut l'objet de nombreuses critiques : vers 1930, L.L THURSTONE, psychologue lui aussi, propose un modèle moins contraignant et moins ambitieux. Il obtient plusieurs facteurs d'intelligence : les "facteurs communs" et les "facteurs spécifiques".

Après une période de désintérêt relatif, ce modèle factoriel fut repris dans les années 60 par des mathématiciens : GUTTMAN, LAZARFELD et BENZECRI.

Un tableau de données à  $n$  lignes (individus) et à  $p$  colonnes (items) peut être représenté par des points d'un espace à  $p$  dimensions ; de même qu'un point dans un espace à 3 dimensions est caractérisé par une série de 3 coordonnées, un point dans cet espace à  $p$  dimensions sera défini par une suite de  $p$  nombres (chacun de ces nombres représente la réponse d'un individu à une question).

Les  $n$  lignes (individus) du tableau seront représentées par  $n$  points dans cet espace à  $p$  dimension. Entre ces



points, il est possible d'évaluer les distances qui correspondent à un degré d'écart (de dissemblance) entre les individus. (2 malades répondant la même chose sont caractérisés par un même point.) On obtient au total "un nuage" dans un espace à  $p$  dimensions, nuage qu'il est impossible de visualiser.

Il faut réduire le nombre de dimensions de l'espace. Il est souhaitable de ne garder que deux dimensions et <sup>se</sup> retrouver ainsi dans un plan où l'interprétation devient facile. Les mathématiciens ont mis au point des méthodes de calcul pour choisir les sous-ensembles successifs qui respectent les distances relatives entre les individus, et donc l'information initiale dans la meilleure proportion.

Lorsque l'on souhaite garder la dimension sujet l'analyse des correspondances impose une nouvelle présentation des données : la forme disjonctive, qui consiste essentiellement à donner des valeurs numériques : 0 ou 1 à des caractères nominaux ou qualitatifs. L'étude des relations entre deux caractères qualitatifs revient à étudier les relations entre 2 ensembles de caractères numériques (indicateur de modalités). Le produit matriciel est le résultat de la combinaison de 2 caractères.

Cette méthode est aisément généralisable à plus de 2 modalités et est traitée facilement par l'ordinateur.

On obtient finalement une représentation des attributs (sous forme disjonctive) dans l'espace des deux premiers facteurs.

L'analyse des correspondances nous donne des valeurs propres qui représentent la quantité d'information contenue dans le plan de 2 facteurs.

Dans le cas de notre étude le pourcentage d'information persistante (valeurs propres) n'est pas très élevé mais on peut être réassuré par la remarque du Professeur LEBART qui écrivait en 1977 : "la variance expliquée par les valeurs propres est une évaluation très pessimiste de la qualité d'une







information". Et d'autre part il n'y a pas un nombre limité de facteurs qui résument tout ce qui se passe pendant le vécu de l'urgence.

Cette méthode statistique montre que l'on peut mettre en évidence, par des techniques statistiques multidimensionnelles, des facteurs sous-jacents permettant d'expliquer le comportement des individus.

On peut ensuite chiffrer la valeur de telles ou telles variables, et ainsi construire des échelles avec le moins d'à priori possible, c'est-à-dire en attribuant aux différents états une valeur non pas arbitraire mais évaluée à partir du modèle.

Avant de passer aux résultats, il y aurait encore beaucoup de choses à dire sur la validité des questions posées aux patients de l'urgence. Un gros travail de méthodologie serait nécessaire pour améliorer le recueil de données, en particulier un travail sur l'ordre des questions, sur leur non homogénéité (mélange des faits objectifs et de données subjectives)...

Peut être les défauts de notre enquête, dont nous n'avions pas prévu à l'origine l'utilisation, renforcent le caractère démonstratif de la méthode statistique multidimensionnelle.



## Résultats

Le temps de la statistique descriptive comporte plusieurs stades.

### 1er stade : chargement du fichier

Il n'a pas été possible d'exploiter que 182 questionnaires, car :

- une dizaine d'entretiens avaient été faits avec les parents d'enfants hospitalisés au Pavillon d'Urgence, et nous n'avons pas pu les intégrer au reste sans risquer de fausser les résultats.

- quelques dossiers comportaient trop d'erreurs et se sont avérés ininterprétables.

Il a fallu procéder aux quatre opérations suivantes :

- transcription des données de l'enquête sur fiches perforées,

- mise en mémoire sur un disque-programmes,

- vérification,

- listing.

Nous avons pu alors aborder les histogrammes.



2ème stade : constructions des histogrammes

Les histogrammes donnent la fréquence de chaque état de tous les items, d'une part en effectifs réels, d'autre part en pourcentage.

Sur l'imprimante de l'ordinateur nous avons eu les 52 tableaux dans la présentation suivante.

Nom de la variable : âge  
numéro 7

| : | :           | Etat  | :   | Effectif | :  | Pourcentage | :       |
|---|-------------|-------|-----|----------|----|-------------|---------|
| : | :           |       | :   |          | :  |             | :       |
| : | réponse     | :     |     | :        | :  | :           | :       |
| : | aberrante   | :     | - 1 | :        | 0  | :           | 0       |
| : | :           | :     |     | :        |    | :           |         |
| : | non réponse | :     | 0   | :        | 0  | :           | 0       |
| : | :           | :     |     | :        |    | :           |         |
| : | :           | :     | 1   | :        | 43 | :           | 23 - 63 |
| : | :           | :     |     | :        |    | :           |         |
| : | :           | :     | 2   | :        | 64 | :           | 35 - 16 |
| : | :           | :     |     | :        |    | :           |         |
| : | :           | :     | 3   | :        | 41 | :           | 22 - 53 |
| : | :           | :     |     | :        |    | :           |         |
| : | :           | :     | 4   | :        | 20 | :           | 10 - 99 |
| : | :           | :     |     | :        |    | :           |         |
| : | :           | :     | 5   | :        | 14 | :           | 7 - 69  |
| : | :           | :     |     | :        |    | :           |         |
|   |             | TOTAL |     | 182      |    | 100.00 %    |         |



### 3e stade : regroupement des items

La phase de regroupement a pour but de construire un nouveau fichier avec des fréquences suffisantes pour chaque item. Il a donc fallu regrouper des états proches dans leur signification et aussi en fonction de critère de fréquence. Par exemple pour la variable 2 : temps réel passé au Pavillon d'Urgence, nous avons défini dans notre questionnaire 8 états possibles : 1/2 h, 3/4 h, 1 h, 1 h 30, 2 h, 3 h, 4 h plus de 4 h. Nous les avons regroupés ainsi : moins d'une h. autour d'1 h 30, 2 h plus de 3 h.

Les résultats après ces opérations sont les suivants :

Nous rappelons que les malades que nous avons interrogé étaient conscients... et pas trop gravement atteints.

Variable 1 : diagnostic noté par les soignants.

Chirurgie traumatique : 46 %  
Chirurgie viscérale : 10 %  
Médecine : 29 %  
Placement : 3 %  
Bilan : 2 %  
Troubles du comportement : 8 %

Devant le petit nombre de gens venant pour un placement ou pour un bilan, nous les avons regroupés dans la catégorie "médecine", car il s'agissait le plus souvent d'une histoire somatique. (Quant à ce qu'on appelle les "Urgences sociales" - où l'on trouve les vieillards isolés, les "sans domicile fixe", les laissés pour compte de la Médecine, voire aussi certains toxicomanes... - il s'en présente encore peu à SAINT-ETIENNE, par rapport aux chiffres du Pavillon N de l'Hôpital Edouard Herriot de LYON. Cependant la comparaison est difficile car le service lyonnais ne reçoit aucun malade de chirurgie. Que peut-il être prévu pour cette catégorie dont l'importance ne peut que croître ?).

D'autre part, nous avons déjà signalé que le nombre de malades présentant des troubles du comportement est un peu faussé en raison de notre double fonction d'enquêteur et de psychiatre de garde. En fait, il semble que la proportion de ces patients corresponde à peu près aux chiffres officiels, si l'on y ajoute les tentatives de suicide, non interrogeables d'entrée.





Variable 2 : temps réel passé au P.U après regroupement.

Noté par les soignants.

Moins d'une heure : 15 %

Autour d'une heure et demie : 47 %

2 heures : 22 %

Plus de 3 heures : 15 %

Les patients restent au P.U plus de 90 minutes  
dans la grande majorité des cas

Variable 3 : heure d'arrivée au P.U.

8 - 12 h : 21 %

12 - 14 h : 10 %

14 - 18 h : 41 %

18 - 22 h : 24 %

22 - 8 h : 4 %

A noter le petit nombre d'hospitalisations la nuit.

Variable 4 : d'où venez-vous ?

Domicile : 58 %

Lieu de travail : 20 %

Voie publique : 12 %

Autre : 9 %

Variable 5 : Moyen de transport pour arriver au P.U.

Véhicule personnel : 36 %

A pied : 10 %

Taxi : 14 %

Ambulance : 40 %

Variable 6 : Qui vous a accompagné ?

Personne : 25 %

Famille ou entourage : 67 %

Force publique : 4 %

Autre : 3%



Dans 67 % des cas, le patient n'est pas seul ;  
que fait l'institution pour la famille ou l'accompagnateur ?

Variable 7 : âge.

Moins de 20 ans : 24 %  
De 20 à 40 ans : 35 %  
De 40 à 60 ans : 22 %  
De 60 à 80 ans : 11 %  
Plus de 80 ans : 8 %

20 % de personnes âgées (plus de 60 ans) seulement ont été interrogées ; il y en a plus qui se présentent au P.U, mais elles ont des difficultés d'élocution.

Variable 8 : sexe.

Masculin : 60 %  
Féminin : 40 %

Variable 9 : Situation de famille.

Célibataire : 40 % (A signaler le fort pourcentage de célibataire).  
Marié : 43 %  
Divorcé : 7 %  
Veuf : 11 %

Variable 10 : Nationalité.

Française : 85 %  
Etrangère, parlant le français correctement : 10 %  
Etrangère, parlant le français avec difficulté : 5 %  
Etrangère, ne parlant pas du tout le français : 0 %

Variable 11 : catégorie socio- professionnelle.

Etudiants : 17 %  
Au travail : 41 %  
En retraite : 15 %  
Au chômage : 3 %  
Sans activité : 16 %  
En invalidité : 7 %

Contrairement à ce qu'on aurait peut être pu attendre, il y a au P.U une grande majorité de français et qui travaillent. Il semble qu'il n'y a pas de lieux privilégiés entre le P.U et certaines ethnies (Maghrébins en particulier) contrairement à ce que véhicule l'opinion publique. Mais l'étude spécifique serait nécessaire pour confirmer cette hypothèse.



Variable 12 : le mode de vie.

Vivez-vous seul ? 20 %

Avec votre famille ? 72 %

Dans un foyer : 6 %

Sans domicile fixe : 0 %

Variable 13 : Etes-vous actuellement en cours de soins ?

Hospitalisé dans un autre service : 3 %

Atteint d'une maladie chronique pour laquelle vous êtes soigné : 31 %

Sans traitement : 64 %

Variable 14 : Etes-vous adressé

Par un pharmacien : 0,5 %

Par votre médecin traitant habituel : 22 %

Par un médecin consulté en urgence : 14 %

De vous-même : 40 %

Par la force publique ou votre famille : 18 %

Muté d'un autre service : 3 %

A noter l'importance du nombre de patients qui viennent d'eux-mêmes, et celui non négligeable, de ceux qui sont passés chez leur médecin traitant.

Variable 15 à 23 : Raison invoquée de la venue au P.U.

Blessure, accident : 36 %

Température, fièvre : 4 %

Fatigue : 5 %

Angoisse : 4 %

Intoxication : 3 %

Malaise : 13 %

Agitation : 0, 5 %

Autre : 12 %

Douleur : 43 %

On dépasse 100 % car les patients ont parfois donné plusieurs réponses.

On retiendra essentiellement la blessure (36 %), Le malaise (13%) Et la douleur (43 %).

Variable 24 : Sentiments en arrivant

Aviez-vous peur d'une maladie grave ? 31 %

Aviez-vous peur de mourir ? : 11 %

Etiez-vous calme ? : 54 %

On regroupe les deux premiers états en : angoisse, 42 %.



Variable 25 : A votre avis, votre état nécessite-t-il ?

une présence rassurante : 3 %

Des conseils : 3 %

Un avis médical : 24 %

Un traitement immédiat : 38 %

Une hospitalisation : 27 %

"Rien du tout" : 2 %

Variable 26 : Etes-vous mal depuis ?

Très peu de temps (moins d'une heure) : 36 %

6 à 12 H : 12 %

12 à 48 H : 21 %

Longtemps, mais aggravation : 30 %

Variable 27 à 31 : Modalités de venue.

Vous êtes venu de vous mêmes : 46 %

Vous avez été adressé par un médecin : 35 %

Vous avez été contraint : 20 %

Dans le cas où vous êtes venu de vous mêmes au P.U, pourquoi ?

Vous trouvez au P.U un spécialiste très rapidement : 60 %

Vous êtes loin de tout centre de soin : 2 %

Vous ne connaissez pas de médecin : 6 %

Votre médecin traitant était absent : 0 %

Vous n'avez pas pu joindre de médecin : 6 %

Vous même jugiez votre cas sérieux : 16 %

A noter : la moitié des patients viennent d'eux-mêmes ; le P.U est vécu comme un lieu de hautes technicités.

Dans le cas où vous êtes venu adressé par un médecin a-t-il écrit une longue lettre, précise ? : oui : 86 %

non : 14 %

Savez vous si c'est pour :

un examen qu'il n'a pas pu faire : 21 %

un traitement immédiat : 12 %

une hospitalisation : 36 %

une autre raison : 3 %

Vous ne savez pas : 33 %

A noter le pourcentage élevé des malades qui ne savent pourquoi les médecins les a envoyé au P.U.





Dans le cas où vous êtes venu contraint,  
Était-ce sous la pression de la force publique ? : 50 %  
De votre entourage ? : 49 %  
Êtes-vous indifférent : 20 %  
D'accord : 60 %  
Tout à fait hostile : 15 %

Le terme de "contraint" est peut être un peu fort; le malade ramassé par les pompiers répondait qu'il était venu "contraint par la force publique". La vraie contrainte semble ne s'appliquer qu'à 3 % des cas.

Variable 32 : Êtes-vous déjà venu à l'hôpital ?

Non : 30 %  
Oui, pour vous mêmes, une seule fois au P.U : 17 %  
Oui, pour vous mêmes, plusieurs fois au P.U : 19 %  
Oui, pour vous mêmes dans un autre pavillon : 18 %  
Oui, pour accompagner un proche au P.U : 3 %  
Oui, comme visiteur d'un proche gravement malade : 9 %  
Oui, comme visiteur pour quelque chose de pas grave : 1 %

Premier contact avec l'hôpital dans 30 % des cas, contre 60 % d'habituels. Les gens associent l'hôpital avec le gravité ( 1 % seulement font un lien avec quelque chose de bénin).

Variable 33 : Longueur de l'attente.

Vous avez attendu très longtemps : 10 %  
Assez longtemps : 14 %  
Normalement : 23 %  
Assez peu de temps : 25 %  
Très peu de temps : 27 %

L'attente a paru courte ou normale dans 75 % des cas, longue dans seulement 24 % des cas.

Variable 34 : Jugement des locaux d'attente.

Bien adapté : 27 %  
Correct : 45 %  
Sinistre : 25 %

Dans 72 % des cas le patient est plutôt content des locaux.

Variable 35 : La présence des autres malades ou blessés

vous a rassuré : 18 %  
vous a laissé indifférent : 55 %  
A augmenté votre angoisse : 19 %



Variable 36 : Votre plainte ou votre demande

n° a pas été entendue : 7 %

a été entendue et on y a prêté suffisamment attention : 81 %

a été entendue mais on n'y pas suffisamment prêté attention : 9 %

Variable 37 : L'examen clinique vous a semble

chaleureux, aimable : 43 %

correct : 39 %

pénible : 15 %

Il vous a semblé pénible car trop de gens vous examinaient : 16 %.

Car vous souffriez : 80 %

Variable 39 et 40 : pensez-vous que si plusieurs personnes vous ont examiné, c'est

un gage de sécurité : 69 %

une gêne car une atteinte à votre pudeur : 9 %

une gêne car vous vous sentez un "objet" d'examen : 7 %

une gêne pour une autre raison : 4 %

On regroupe en : gage de sécurité : 69 % et même 20 % .

Variable 41 : préférez-vous être examiné par

un homme : 15 %

une femme : 9 %

peu importe : 70 %

Variable 42 : Avez-vous suffisamment été écouté ?

tout à fait bien : 41 %

Assez bien : 30 %

Normalement : 23 %

Mal : 3 %

Pas du tout : 1 %

Nous avons regroupé ainsi :

bien : 71 %

Normalement : 23 %

Mal : 4 %

Certains regroupements ont été difficiles à faire sur le plan de la signification, mais nous y avons été contraints à cause du nombre trop important d'états et surtout à cause de la faiblesse de certaines fréquences. C'est le cas ici où dans la variable 27 portant sur les modalités de venue au P.U : nous avons regroupé les états 2, 3, 4 et 5 (vous êtes loin de tout centre de soins, vous ne connaissez pas de médecin, votre médecin traitant était absent, vous n'avez pas pu joindre de médecin), non parce que ces quatre réponses sont proches au niveau de la signification,



mais à cause de la faiblesse de leur pourcentage (2 %, 6 %, 1 % et 6 % ). Ce n'est qu'ainsi qu'on obtient des effectifs statistiquement utilisables.

Variable 43 - 44 : Vous a-t-on donné des explications sur votre cas ?

oui, et elles ont été claires : 40 %

oui, et elles ont été vagues : 12 %

oui, et elles ont été incompréhensibles : 3 %

non : 42 %

Il faut noter que 80 % des gens n'avaient pas demandé d'explications d'où le nombre relativement important de gens qui n'en ont pas eus.

Variable 45 : Pensez-vous que la présence d'un proche auprès de vous est :

indispensable : 40 %

secondaire : 32 %

inutile : 25 %

impossible : 0, 5 % (malade isolé dans tous les sens du terme !)

Variable 46 : A votre avis, combien de personnes, par jour sont vues dans ce pavillon ?

10 à 30 : 4 %

30 à 50 : 19 %

50 à 100 : 23 %

100 à 200 : 21 %

plus de 200 : 9 %

ne sait pas : 21 %

il y a en réalité environ 120 patients par jour :  
donc 21 % voient juste, 46 % sous estiment, 9 % sur estiment.

Variable 47 : A votre avis, combien de personnes travaillent dans ce pavillon ?

10 à 20 : 3 %

20 à 30 : 13 %

30 à 50 : 10 %

50 à 100 : 20 %

plus de 100 : 23 %

ne sait pas : 23 %

Il y a en réalité 200 soignants, mais qui travaillent par roulement, par équipes de 50. On peut donc dire que 43 % sous estiment et que 23 % voient juste, dans la mesure où ils tiennent compte de ce roulement.

Variable 48 : reviendrez-vous au P.U si vous avez des ennuis graves d'ordre médical ?

oui : 93 %

non : 6 %

Le P.U est donc un bon produit : cette enquête révèle un bon indice de satisfaction, élément publicitaire non négligeable.



Variable 49 : Reviendrez-vous si vous avez des ennuis d'un autre ordre (familial, conjugal, personnel) ?

oui : 35 %

non : 44 %

A noter qu'il n'y a pas de majorité absolue ni dans un sens ni dans l'autre. Cette question a fait l'objet de nombreux commentaires.

Variable 50 : humeur apparente du malade ( rempli par l'enquêteur)

agressive : 7 %

calme : 34 %

anxieux : 26 %

passif : 12 %

Variable 51 : Mobilité du malade (rempli par l'enquêteur)

impossible : 19 %

difficile : 20 %

facile : 40 %

Donc 40 % de gens n'ont pas un véritable statut de malade.

Variable 52 : hospitalisation (rempli par l'enquêteur)

oui : 43 %

non : 52 %

A noter que près de la moitié des patients rentrent chez eux après leur passage au P.U.

#### 4ème stade : le calcul des tableaux de contingence

Le croisement systématique d'un critère avec tous les autres et l'interprétation par la méthode du "KI- 2 " ou "CHI- 2 " nous donnent un moyen objectif de comparaison entre les différentes catégories de sujets.

Nous avons croisé la première variable, c'est-à-dire le diagnostic, avec toutes les autres, obtenant ainsi une comparaison de toutes les variables avec quatre catégories de malades, en fonction de leur pathologie :

- les malades relevant de la chirurgie traumatique,
- " " " viscérale,
- " médicaux (auxquels nous avons assimilé ceux qui venaient pour un placement ou un bilan),
- Les malades présentant des troubles du comportement.

Ce croisement a pour but de chercher si on peut différencier le vécu de l'urgence chez les patients en fonction de leur pathologie réelle, savoir, par exemple, si un blessé de la route a plus peur qu'une personne âgée, fébrile.

L'ensemble des tableaux de contingence nous révèle qu'il n'y a pas de différence significative entre les différentes catégories d'individus classés selon leur pathologie pour 22 variables. Ces variables sont celles qui étudient les sentiments





le vécu des clients du Pavillon d'Urgence.

1 - La proportion relative des gens qui ont peur d'une maladie grave ou de mourir (variable 24 ) est la même quelle que soit la pathologie.

2 - l'angoisse (var. 18) et la douleur (varI 23) ne sont pas des critères permettant de distinguer un malade de médecine, d'un patient venant en chirurgie.

3 - Il n'y a pas de différence dans la façon de juger l'accueil, quelle que soit la pathologie du patient à l'urgence, sur le temps d'attente subjectif (var.33), sur les locaux (var.34), sur la gêne causée par les autres malades (var. 35), sur la qualité de l'examen clinique (variable 37), sur l'importance à accorder au sexe du thérapeute (var. 41), sur la qualité de l'écoute (var. 42)

4 - Qu'il s'agisse d'un homme ou d'une femme (var. 8) marié et vivant avec sa famille ou célibataire vivant seul (var. 9), français ou étrangers (var. 10), venant pour quelque chose de grave ou quelque chose de bénin, dans tous les cas, il vit l'expérience de la situation d'urgence d'une façon identique.

5 - Prenons par exemple : la douleur comme motif de venue au P.U.

Nous obtenons le tableau de contingence suivant, sur l'imprimante de l'ordinateur

Douleur 23

Diagnostic 1

|                             |     | Non   | Oui   |    |
|-----------------------------|-----|-------|-------|----|
| Chirurgie<br>Traum.         | O   | 42    | 42    | 84 |
|                             | C   | 47,40 | 36,60 |    |
|                             | % L | 50,00 | 50,00 |    |
|                             | % C | 41,58 | 53,85 |    |
| Chirurgie<br>Viscérale      | O   | 9     | 9     |    |
|                             | C   | 10,16 | 7,8   |    |
|                             | % L | 50    | 50    |    |
|                             | % C | 8,91  | 11,54 |    |
| Médecine                    | O   | 39    | 23    |    |
|                             | C   | 34,98 | 27,02 |    |
|                             | % L | 62,90 | 37,10 |    |
|                             | % C | 38,61 | 29,49 |    |
| Troubles du<br>comportement | O   | 11    | 4     |    |
|                             | C   | 8,46  | 6,54  |    |
|                             | % L | 73,33 | 26,67 |    |
|                             | % C | 10,89 | 5,13  |    |



Interpretable

Niveau de signification

NS

CHI - 2 = 4,51

P = 0,2110

O nombre de malades observés.

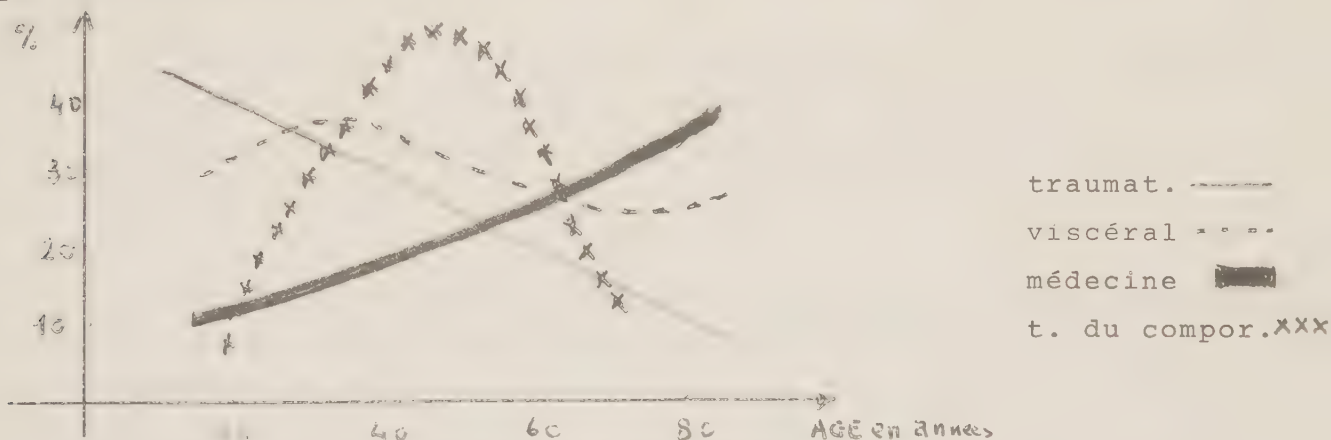
C nombre calculé statistique de malade représentant ce groupe.

% L et % C les pourcentages en lignes et en colonnes.

Ce tableau de contingence a un test de CHI - 2 négatif, il n'y a pas de distinction significative entre les groupes (NS). La distribution est totalement aléatoire. Ce qui veut dire que la douleur est évoquée comme élément majeur de venue au P.U quelque soit la pathologie.

En revanche il y a des différences entre les groupes pathologiques, dans un nombre plus réduit de variable.

1 - par exemple en fonction de l'âge, ce qui peut se traduire par le schéma suivant :



2 -En fonction des modalités de la venue au Pavillon d'Urgence, on peut isoler deux groupes :

- les malades relevant de la chirurgie traumatique forment un groupe spécifique : ils n'attendent pas pour venir au P.U, ils viennent par leurs propres moyens, et avec une grande fréquence de leur lieu de travail (81 %) ou de la voie publique (83 %), ils ne voient en général pas de médecin avant de venir.

- En revanche les malades dits médicaux viennent de chez eux (78%) et utilisent plutôt les ambulances ; ils sont envoyés par un médecin, leur médecin traitant habituel, qui a rédigé une lettre, dont ils ignorent le contenu exact ; ils prennent du temps avant de venir au P.U , le plus souvent plus de 12 heures, et font partie des habitués.

3 - On peut trouver des différences significatives aussi en fonction de l'activité professionnelle : ce sont les actifs qui ont le risque traumatique le plus élevé ; les gens sans activité forment avec prédilection la clientèle de la médecine.



4 - La demande d'hospitalisation est beaucoup plus forte chez les malades de médecine, demande qui se traduit assez souvent dans les faits puisque 65% d'entre eux sont effectivement hospitalisés.

5 - Un certain nombre de symptômes invoqués pour la venue au P.U. sont spécifiques d'un groupe de malades : le malaise dans 70 % des cas, la fièvre dans 90 % des cas, signent une pathologie médicale. Une fatigue permet d'orienter le malade vers un trouble du comportement dans 75 % des cas, vers une histoire médicale dans 25 % des cas.

6 - Les malades viscéraux, plus anxieux, et ceux qui présentent un trouble du comportement, catégorie la plus agressive, supportent le plus mal la multiplicité des soignants autour d'eux.

7 - Les explications ne sont pas données aux malades médicaux ni à ceux qui relèvent de la chirurgie viscérale dans une proportion significative. On retrouve donc la même attitude chez les soignants du P.U. et chez les généralistes à l'égard de ces deux catégories de malades, ceux-ci ne connaissant pas le contenu exact de la lettre qui leur a été confiée. Ne doit-on pas interpréter ce fait comme une difficulté diagnostique particulièrement grande, devant laquelle le thérapeute demeure muet : il ne peut ou ne veut pas avouer son ignorance.

Les différences entre les catégories de malades sont donc significatives essentiellement pour ce qui ne concerne pas directement leur vécu, mais pour ce qui leur est imposé de l'extérieur.

Ces tableaux de contingence nous apportent la démonstration que le vécu de l'urgence est identique pour les groupes d'individus, quelle que soit la pathologie de ce groupe. Les traumatisés, les viscéraux, les médicaux et ceux qui présentent des troubles du comportement vivent dans l'urgence la même expérience.



## Résultats obtenus par l'analyse des correspondances multiples

Nous aurions pu étudier tous les items dans un même ensemble factoriel, comme le suggère le Professeur BENZECRI : "la notion de forme ou de modèle devrait émerger d'une mer de données...". Pour faciliter l'interprétation, il nous a semblé préférable de choisir deux sous ensembles d'items qui présentaient une certaine homogénéité et qui constituaient deux systèmes factoriels.

Nous avons donc étudié :

- 1°) le vécu de la situation d'urgence à partir des 14 items où on appréhendait les sentiments des patients vis-à-vis de cette expérience.

- 2°) le profil social et médical des consultants arrivant au Pavillon d'Urgence à partir de 15 items concernant des faits objectifs.

L'ensemble de ces études a été fait à l'aide de programmes informatiques mis au point par le Dr JACQ au CRESSA de LYON.

Le calcul des facteurs comporte les temps suivants :

1°) Réalisation d'un fichier sous forme disjonctive (opération réalisée par le programme de la série ECLATE.)

2°) Calcul d'une analyse des correspondances multiples (programme ANACOR) ce qui fournit :

- les valeurs propres des différents facteurs (pourcentage d'information contenue).
- les coordonnées des items éclatés sur les axes factoriels.





3°) Calcul des notes en facteurs pour chaque sujet réalisé par le programme ANACOR.

4°) Analyse des variances (programme AVARI) pour connaître l'influence des autres variables.

5°) Enfin centilage pour classer les différents individus par groupe.

# I

## LE VECU

La construction des facteurs latents relatifs au vécu a été effectuée à partir de 14 items suivants :

### ECHELLE DE "VECU CONJONCTUREL"

-----

1- A 15 Pourquoi êtes-vous venu au PU blessure oui A1  
non A0

2- B 20 " " malaise oui B1  
non B0

3- C 22 " " autre chose oui C1  
non C0

4- D 23 " " douleur oui D1  
non D0

5- E 24 Quand vous êtes arrivé :

- avèz-vous peur d'une maladie grave E0
- aviez-vous peur de mourir E1
- étiez-vous calme E2



6- F 25 Votre état nécessite-t-il à votre avis ?

- une simple présence FO
- un avis et des soins F1
- une hospitalisation F2

7- G 33 Avez-vous attendu ?

- peu de temps G0
- normalement G1
- très longtemps G2

8- H 34 Le local est-il ?

- bien adapté H0
- correct H1
- sinistre H 2

9- I 35 La présence des autres malades ?

- non réponse I0
- vous rassure I1
- vous laisse indifférent I2
- augmente votre angoisse I3

10- J 36 A-t-on prêté suffisamment attention à votre plainte ?

- oui J1
- non J0

11- K 37 Examen clinique. A-t-il été ?

- pénible K0
- aimable K1
- correct K2



12- L 39 La présence de plusieurs personnes pour vous examiner est-elle un gage de sécurité ?

|     |    |
|-----|----|
| oui | L1 |
| non | L0 |

13- M 42 Avez-vous été écouté ?

|          |    |
|----------|----|
| - bien   | M1 |
| - normal | M2 |
| - mal    | M0 |

14- N 45 La présence d'un proche est-elle ?

|                 |    |
|-----------------|----|
| - indispensable | N0 |
| - secondaire    | N1 |
| - inutile       | N2 |

Nous avons obtenu 4 facteurs latents dont les valeurs propres sont :

|          |       | <u>taux</u> | <u>CUMUL</u> |
|----------|-------|-------------|--------------|
| pour F1  | 0,167 | 10,16 %     | 10,16 %      |
| pour F2  | 0,130 | 7,92 %      | 18,08 %      |
| pour F 3 | 0,112 | 6,79 %      | 24,87 %      |
| pour F4  | 0,102 | 6,20 %      | 31,08 %      |

Ce qui signifie que 30 % de l'information totale est résumée par ces 4 facteurs que nous allons essayé de nommer, de définir.

L'analyse des correspondances nous donne une représentation. Les items éclatés dans l'espace des 2 premiers facteurs, mais aussi dans l'espace des facteurs 1 et 3 et dans l'espace des facteurs 2 et 3.

Nous nous sommes intéressés qu'aux deux premiers facteurs. En sachant que cette méthode d'analyse tend à privilégier les différences relatives ; plus un item est éloigné du



centre, plus il est chargé d'information au sens de Shannon (faible probabilité de survenue - effectif trop réduit).

La représentation des items dans l'espace des facteurs F1/F2 nous permet d'isoler 4 groupes d'items.

- sur la gauche de l'axe horizontal (facteur F1) on trouve tous les items montrant la satisfaction du malade :

- l'examen a été aimable
- le local bien adapté
- une bonne écoute
- la présence des autres rassure
- la multiplicité des soignants est un gage de sécurité
- l'attente est courte.

De plus il y a une indifférence aux autres malades et un besoin indispensable d'avoir un proche près de soi.

- A la droite de cet axe :

On trouve un ensemble d'items évoquant le mécontentement des patients.

- l'écoute est mauvaise
- l'examen est pénible
- l'attente est trop longue
- on n'a pas prêté attention à leur demande.

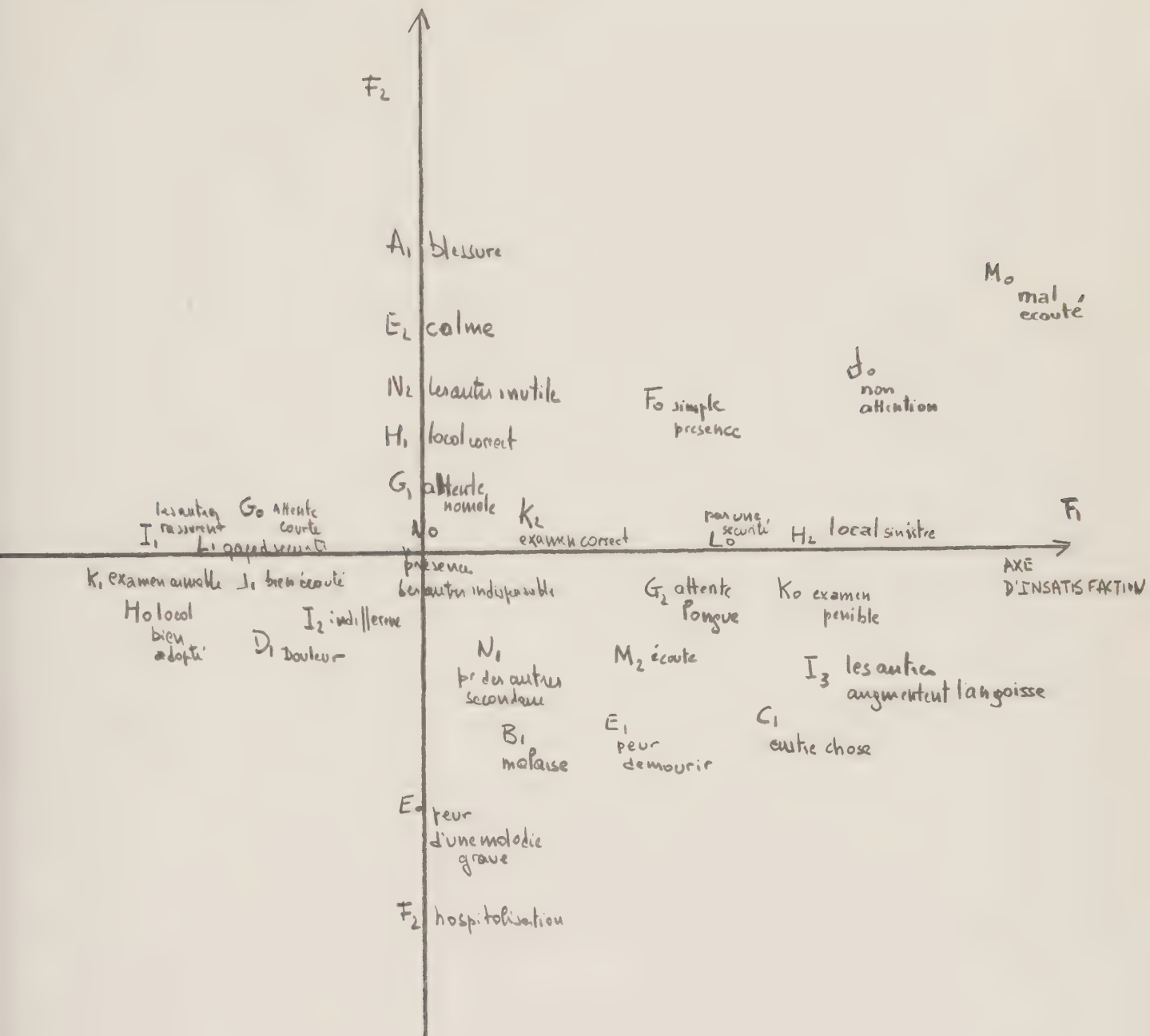
Ces réactions traduisent l'absence de passivité, une plus grande autonomie de la part des malades. On peut donc considérer l'axe horizontal comme le facteur d'insatisfaction ou facteur de non passivité.

(figure 1)



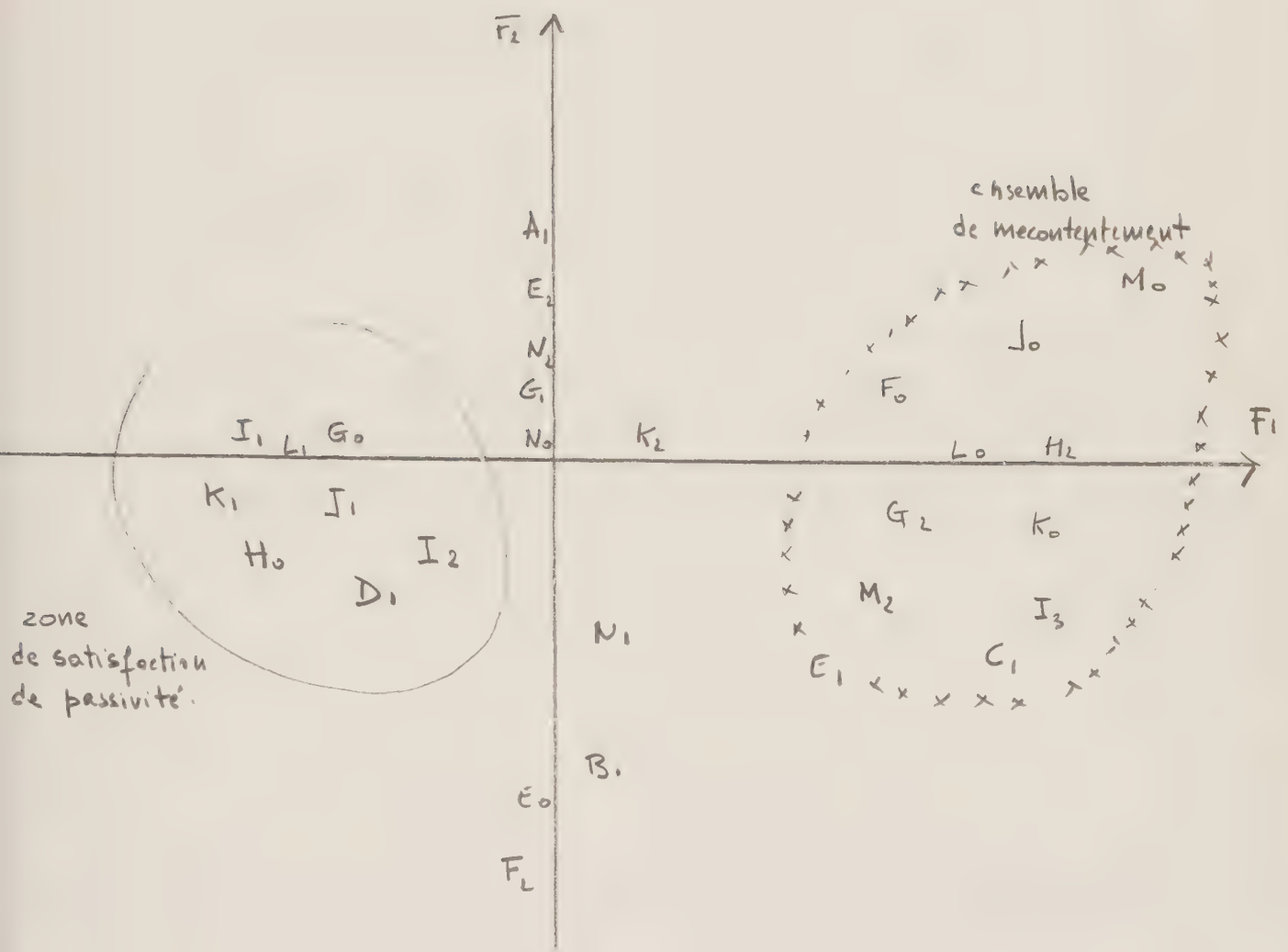


re 1 - REPRÉSENTATION DES ITEMS DE VÉCU DANS LE PLAN DES FACTEURS -





# REPRESENTATION DES ITEMS PERMETTANT LA DETERMINATION DU FACTEUR 1



ON PEUT DEFINIR LE FACTEUR 1 COMME UN FACTEUR D'INSATISFACTION.



En étudiant le facteur F2, .soit dans l'espace F1/F2 où il apparaît comme l'axe vertical,

. soit dans l'espace F2/F3 où il est représenté par l'axe horizontal.  
Une démarche identique montre que ce facteur F2 peut se traduire par le générique d'Angoisse décroissante.

La figure 2 illustre les 2 pôles de l'angoisse forte au grand calme du besoin d'hospitalisation à la simple présence.

Par cette démarche il est possible d'attribuer une certaine valeur à un item, non pas en fonction d'un pressupposé mais en fonction de son importance statistique. Cette démarche proche de la psychométrie permet de construire une échelle de façon la moins arbitraire.

On peut déterminer les items qui influencent beaucoup le facteur latent.

Ainsi le facteur d'insatisfaction ou de passivité

|               |                                              |
|---------------|----------------------------------------------|
| les attributs | H2 - le local sinistre                       |
|               | I3 - les autres augmentent l'angoisse        |
|               | J0 - la non attention portée à la<br>plainte |
|               | K0 - examen pénible                          |
|               | M0 - la mauvaise écoute                      |

Ces attributs sont fortement notés.

Pour l'angoisse.

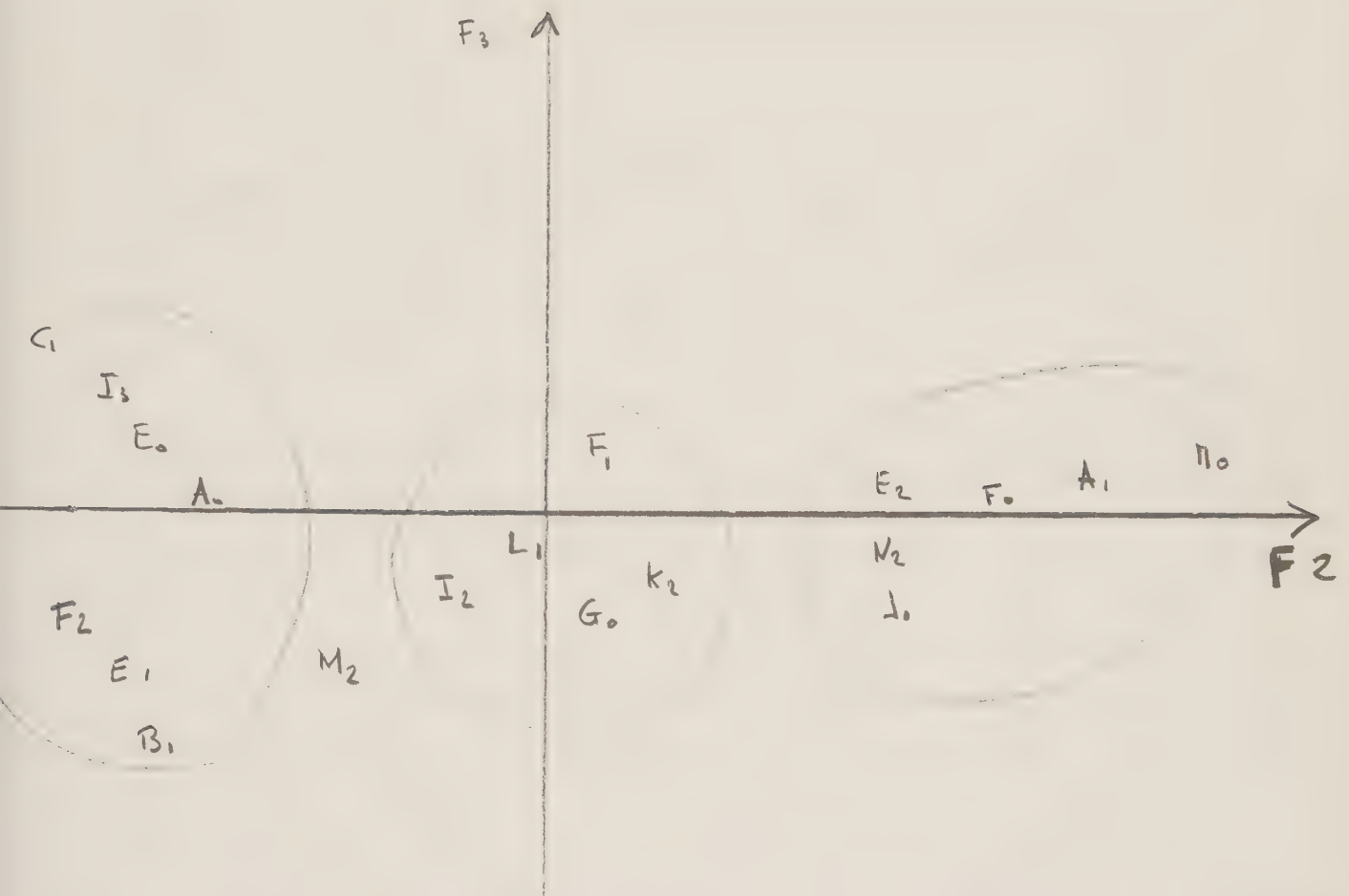
|                              |
|------------------------------|
| F2 - hospitalisation         |
| I3 - augmente notre angoisse |
| M2 - écoute normale          |

Ces attributs jouent un rôle important.



ure 2

RESENTATION DES ITEMS DANS LE PLAN DES FACTEURS  $F_2$  et  $F_3$



LE FACTEUR  $F_2$  EST LA TRADUCTION D'UNE ANGOISSE DÉCROISSANTE





Les notes en facteurs ou valeur informative rapportée de chaque item dans le cadre du système factoriel considéré permet d'établir une hiérarchie des influences de chacun.

On peut ainsi connaître les facteurs les plus significatifs et ceux sur lesquels il faut agir en priorité.

Dans notre cas on voit que pour rendre le passage au Pavillon d'Urgence moins pénible, l'effort doit <sup>essentiellement</sup> porter sur la qualité de l'écoute par les soignants, sur le respect du malade à un degré moindre sur l'état des locaux et sur l'organisation du service.

Enfin l'attribution de notes aux différents items, permet de connaître la position des individus sur cette échelle. La note d'un sujet traduit son degré d'appartenance à un sous ensemble flou.

Notre propos n'est pas de reprendre ici la théorie des sous ensembles flous (ZADEH et KAUFMANN), mais nous voudrions insister sur ses applications dans le domaine de Sciences Humaines : Un sujet a souvent vis-à-vis d'un ensemble un certain degré d'appartenance, par exemple il appartient à ce groupe à cause d'un certain nombre de choses mais pas pour toutes les caractéristiques (ce qui ne doit pas être confondu avec la notion de probabilité).

Nous donnerons 2 exemples illustratifs de cette appartenance des individus non passifs à l'ensemble flou.

#### - individu n° 61

Obtient la note 87.83, au facteur d'insatisfaction. En reprenant son dossier on voit :

C'est une jeune fille de moins de 20 ans, mariée, française, sans activité, venue d'elle-même pour difficulté respiratoire. Elle est arrivée à 22 H venant de chez elle accompagnée par sa famille.



Elle avait peur d'une maladie grave. Elle a attendu longtemps. Le local était sinistre. On n'a pas prêté suffisamment attention à sa demande, "on s'est foutu de ma gueule".

Elle a été gênée par le fait que plusieurs personnes l'ont examinée. Elle refuse de revenir au Pavillon d'Urgence.

On voit nettement l'hostilité et les réactions de cette jeune femme face à la situation d'urgence.

- individu n° 73

Obtient une note de 2,75 au facteur d'insatisfaction. C'est un homme de 50 ans, marié, français, ayant une activité professionnelle, qui a été envoyé par son médecin traitant habituel pour une pneumopathie. Il trouve le Pavillon d'Urgence "beau - impeccable", "les soins excellents" "l'organisation bonne". Ces réponses traduisent une satisfaction totale et complète. Il est apparu passif et anxieux à l'examineur.

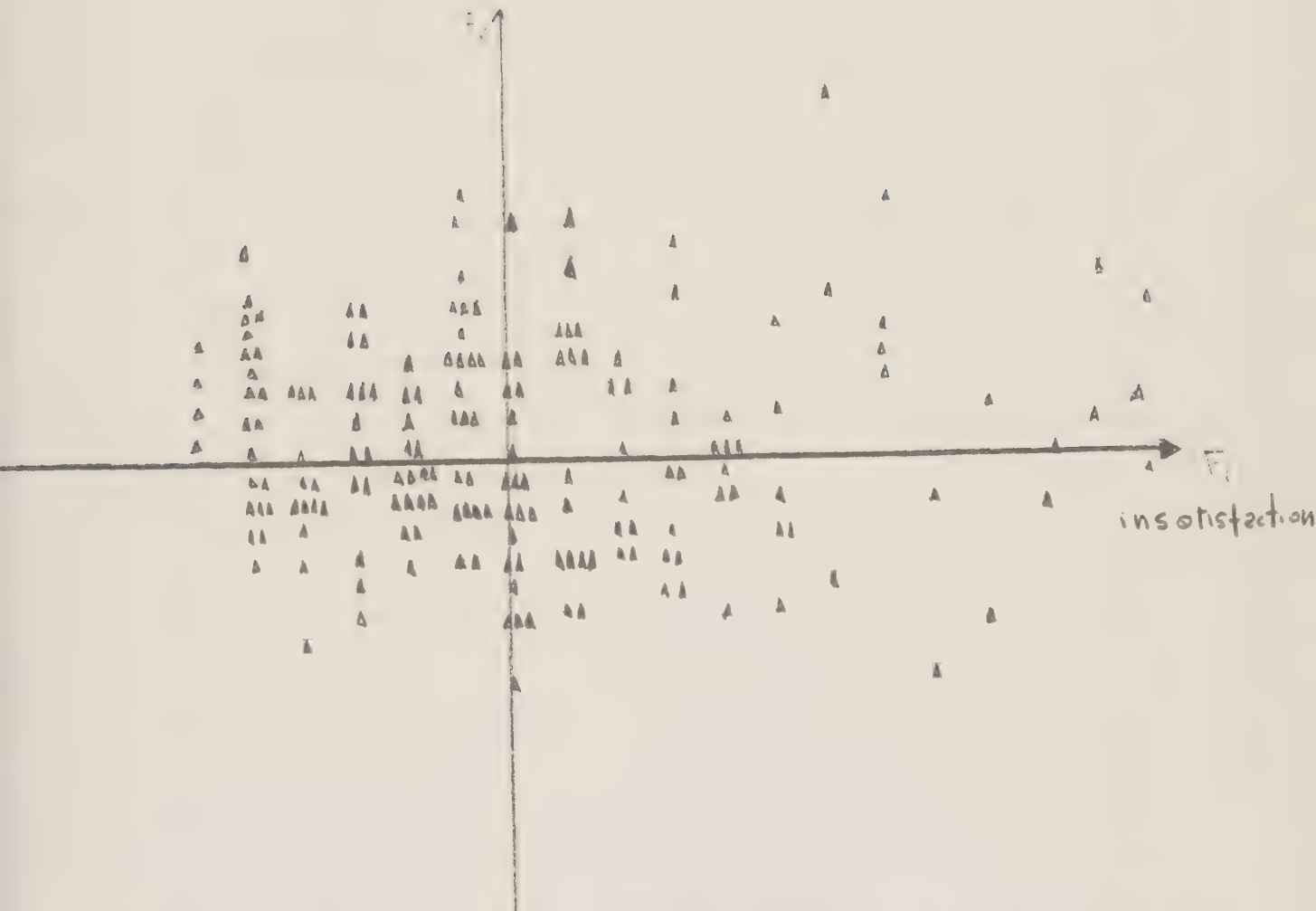
Mais l'intérêt majeur de cette évaluation est la représentation des différents individus dans l'espace des facteurs Flet F2.

On constate alors que la grande majorité des patients se trouve dans la zone de la satisfaction et de la passivité la plus importante (nous verrons ce que l'on peut dire de cette satisfaction homogène et comment on peut l'interpréter comme une régression).

En revanche il souligne le petit nombre d'individu qui montre une hostilité qui réagit face à la situation d'urgence.



PRÉSENTATION DES 182 SUJETS DANS L'ESPACE  $F_1 - F_2$



On note la concentration importante des individus dans la gauche graphique : dans la zone de la satisfaction et de la possibilité.



## PROFIL SOCIAL ET MEDICAL DU CONSULTANT DE L'URGENCE

Nous avons choisi les 15 items suivants pour établir un système factoriel et pour construire les facteurs latents selon une démarche identique.

|                                  |                            |    |
|----------------------------------|----------------------------|----|
| <u>A 1</u> - Diagnostic          | . chirurgie traumatique    | A1 |
|                                  | . chirurgie viscérale      | A2 |
|                                  | . médecine                 | A3 |
|                                  | . troubles du comportement | A0 |
| <u>B2</u> - Temps passé réel     | . 1 H                      | B1 |
|                                  | . 1 H 30                   | B2 |
|                                  | . 2 H                      | B3 |
|                                  | . sup. 3 H                 | B0 |
| <u>C4</u> - D'où venez-vous      | . domicile                 | C0 |
|                                  | . travail                  | C1 |
|                                  | . voie publique            | C2 |
|                                  | . autre                    | C3 |
| <u>D5</u> - Mode de transport    | . personnel, à pied        | D0 |
|                                  | . taxi                     | D1 |
|                                  | . ambulance                | D2 |
| <u>E7</u> - Age                  | . inf. 20 ans              | E0 |
|                                  | . 20 à 40 ans              | E1 |
|                                  | . 40 à 60 ans              | E2 |
|                                  | . sup. à 60 ans            | E3 |
| <u>F8</u> - Sexe                 | . Homme                    | F0 |
|                                  | . Femme                    | F1 |
| <u>G9</u> - Situation de famille |                            |    |
|                                  | . célibataire, veuf        | G0 |
|                                  | . marié                    | G1 |





|             |   |                     |                         |    |
|-------------|---|---------------------|-------------------------|----|
| <u>H 10</u> | - | Nationalité         | . française             | H0 |
|             |   |                     | . étranger parlant bien | H1 |
|             |   |                     | . étranger              | H2 |
| <u>I 11</u> | - | Profession          | . travail               | I0 |
|             |   |                     | . sans activité         | I1 |
| <u>J 12</u> | - | Comment vivez-vous. | . seul                  | J0 |
|             |   |                     | . famille               | J1 |
| <u>K 13</u> | - | En cours de soins   | . sans traitement       | K1 |
|             |   |                     | . sous traitement       | K0 |
| <u>L 14</u> | - | Adressé par qui     | . médecin habituel      | L1 |
|             |   |                     | . vous-même             | L2 |
|             |   |                     | . force publique        | L3 |
|             |   |                     | . autre                 | L0 |
| <u>M 50</u> | - | Commentaire I       | . Agressif              | M1 |
|             |   |                     | . calme                 | M2 |
|             |   |                     | . anxieux               | M3 |
|             |   |                     | . passif                | M4 |
| <u>N 51</u> | - | Commentaire II      | . Mobilité impossible   | N1 |
|             |   |                     | . difficile             | N2 |
|             |   |                     | . facile                | N3 |
| <u>O 52</u> | - | Hospitalisation     | . oui                   | O0 |
|             |   |                     | . non                   | O1 |



Nous avons pu définir l'axe horizontal; de  
facteur F1 comme un facteur de désinsertion sociale et  
de gravité médicale.

En effet au pôle positif on trouve les items  
suivants :

- mobilité impossible
- âge sup. à 60 ans
- malade de médecine
- malade déjà en traitement
- malade passif
- envoyé par le médecin traitant
- sans activité professionnelle.

La notion de l'urgence apparaît moins clairement  
(il s'agit souvent d'une histoire qui date de quelques heures  
voire plusieurs jours).

Enfin il faut remarquer que dans cette catégorie  
n'entre pas en compte :

- la nationalité
- le sexe
- la situation matrimoniale.

Les notes attribuées à chaque item permettent  
toujours de construire des échelles.  
Nous donnons un exemple.

La malade n° 5 a une note très élevée.

On s'aperçoit qu'elle a plus de 80 ans

qu'elle est veuve

elle est venue en ambulance

elle a été envoyée par son médecin

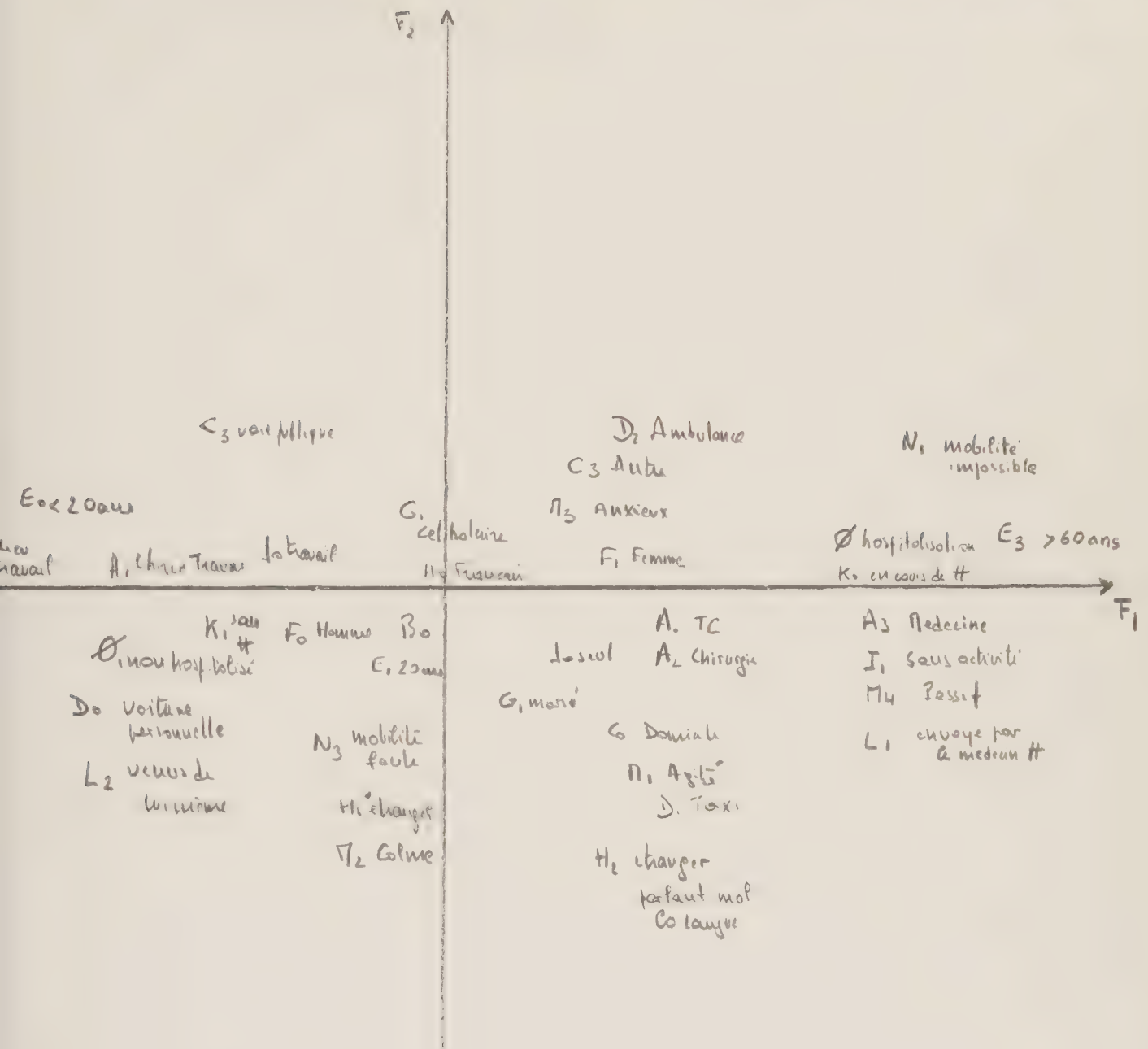
qu'elle est déjà venue au Pavillon d'Urgence.

Elle présente une cachexie.



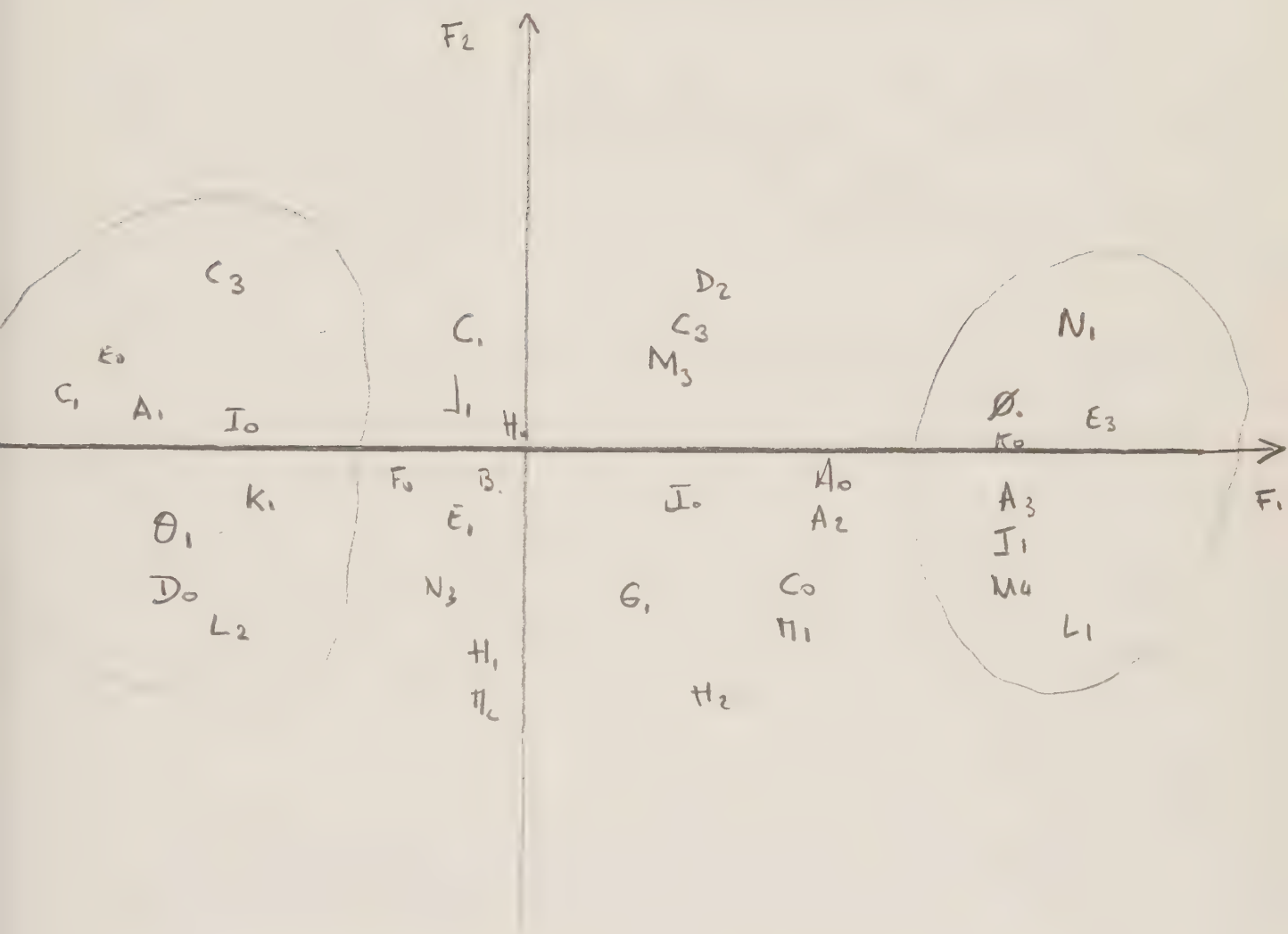
# REPRESENTATION DES ITEMS DU PROFIL SOCIAL ET MEDICAL

DANS L'ESPACE DES FACTEURS  $F_1, F_2$





# REPRESENTATION DES ITEMS PERMETTANT LA DETERMINATION DU FACTEUR F.



LE FACTEUR  $F_1$  REPRÉSENTE UN FACTEUR DE DESINSERTION SOCIALE ET DE GRAVITÉ MÉDICALE.





La représentation des individus dans l'espace des facteurs F1 et F2 montre 2 groupes :

- un noyau important de personnes bien adaptées
- un autre de personnes désinsérées.

Ces 2 groupes étant à peu près de même importance. Il n'y a donc pas une catégorie sociale qui vient préférentiellement au Pavillon d'Urgence de SAINT-ETIENNE.

On ne peut donc pas établir un profil <sup>socio</sup>~~psychologique~~ du consultant des urgences.

Par l'analyse de variances (programme AVARI) nous avons pu confronter de manière systématique le système factoriel élaboré avec l'ensemble des items des questionnaires (les 52 variables).

Un item n'appartenant pas au système factoriel, est significatif pour expliquer le profil social et médical du consultant du PU. C'est le fait d'être malade depuis longtemps et de venir aux urgences à cause d'une aggravation.

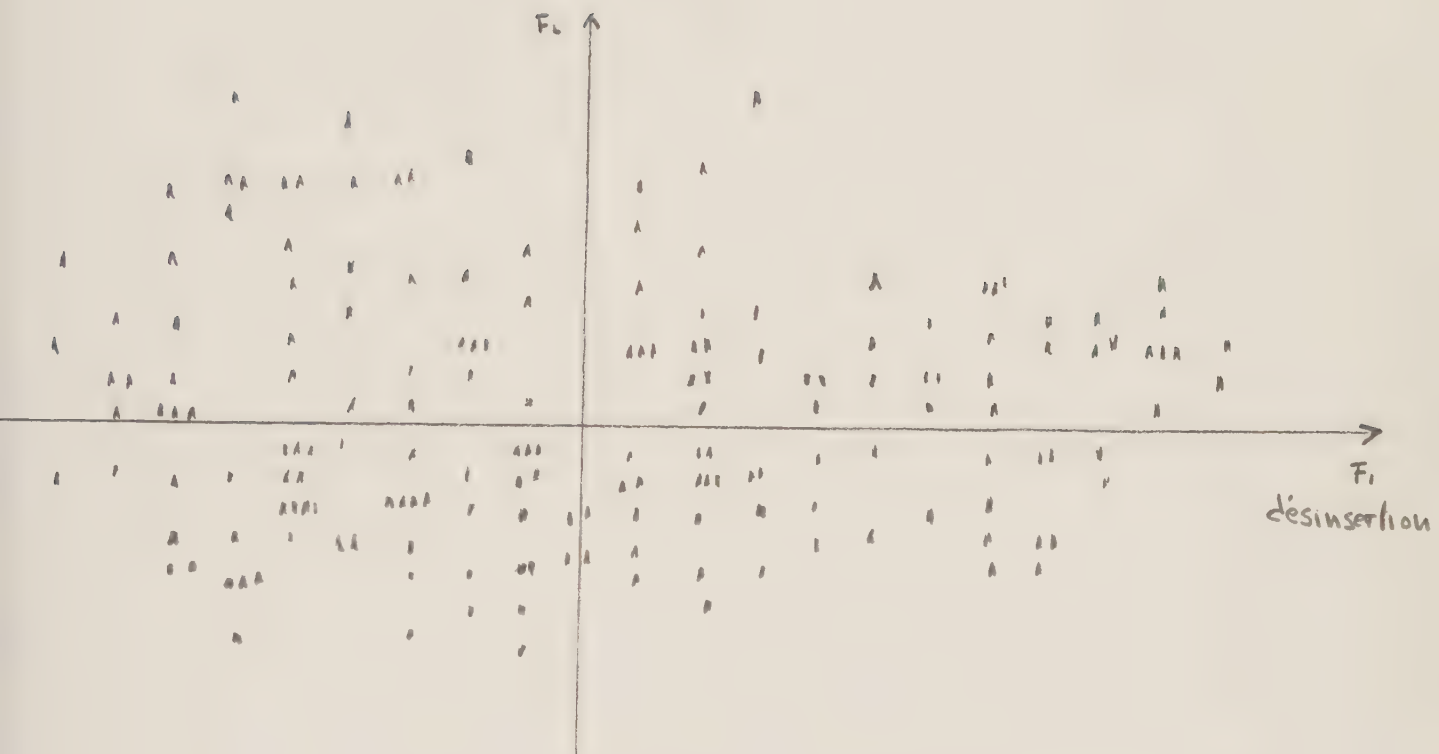
Nous avons pu également utiliser la standardisation qui a pour but une conversion des notes des individus qui permet de les répartir dans une graduation choisie par commodité entre 0 et 100.

La variable continue en notes est transformée en une variable discontinue de 100 classes. Ces classes ne se déterminent pas par une division mathématique arbitraire mais qui tient compte de la fréquence cumulée de chaque classe (programme CENTIL).

Pour notre étude ceci ne nous semble pas d'un grand intérêt, car il n'est pas très intéressant de classer



PRESENTATION DES 182 SUJETS DANS L'ESPACE  $F_1$   $F_2$



On note la répartition régulière des individus le long de l'axe  $F_1$



en groupe les individus selon leur degré de désadaptation sociale. Mais on voit les nombreuses applications possibles de cette méthode.

L'utilisation de ces "modèles statistiques" nous a permis d'approcher le phénomène de l'Urgence de façon globale, de mieux connaître l'information que nous avons recueillie par l'enquête, enfin de mettre en évidence un certain nombre de lignes de force expliquant ce vécu face à l'Urgence.



QUELQUES COMPORTEMENTS POUR ILLUSTRER CES CHIFFRES





## QUELQUES COMPORTEMENTS POUR ILLUSTRER CES CHIFFRES

=====

En nous inspirant de l'esprit de l'éthologie, qui, comme le répète souvent Jacques COSNIER, doit être le plus "naïf" possible, nous voudrions maintenant décrire les comportements observés chez les malades lors de leur arrivée au Pavillon d'Urgence.

Nous tiendrons peu compte de la pathologie réelle des consultants, car nous avons constaté qu'elle avait peu d'incidence sur les attitudes du malade lors de la situation d'urgence. Il y a par exemple une grande similitude entre les réponses du blessé qui craint une fracture de la colonne vertébrale et celles du vieillard qui a une grippe banale.

La gravité objective appartient au domaine du médecin, non à celui du patient. FOUCAULT, dans la "Naissance de la Clinique", montre bien que ce point de vue est extérieur au malade :

"Nous (les médecins) observons le malade de la manière que nous observons les astres ou une expérience de laboratoire".

Il faut bien distinguer le vécu de la réalité, le "j'ai mal" du "c'est grave".

Lorsqu'on observe la vie d'un Pavillon d'Urgence, on est frappé par l'opposition entre l'activité des soignants et le comportement des malades. A l'agitation collective, liée à la structure même d'un service de porte (4 000 malades y transitent chaque mois) répond une attitude si particulière du patient qu'on le reconnaît aussitôt dans la foule des accompagnants.



Quels sont les éléments pertinents de ces comportements ?

Ils relèvent tous d'une constante : une très grande passivité, qui s'exprime à plusieurs niveaux, de façon différente :

- dans l'attitude corporelle,
- dans le rapport au temps,
- par rapport au monde extérieur,
- dans la conscience de soi et d'autrui,
- dans la verbalisation,
- dans la relation aux autres.

Ce sont ces six points de vue que nous allons maintenant présenter.



### Attitude corporelle

Il est surprenant de voir avec quelle patience, quelle immobilité les gens attendent dans le couloir des urgences. Ils ne bougent pas, restent assis sur leur chaise ou couchés sur un brancard pendant parfois plusieurs heures et le plus souvent dans le silence. Puis, quand ils pénètrent dans les boxes d'examen, ils se laissent faire : on les déshabille, on les touche, on les examine sans qu'ils protestent ni expriment la moindre gêne.

La question avait été clairement posée :

"l'examen vous a-t-il semblé pénible ?" variable 37.  
et il n'y a eu que 15 % de réponses positives, et répétée sous la forme :

"pensez-vous que si plusieurs personnes vous ont examiné, c'est une gêne, une atteinte à votre pudeur ? si oui, pourquoi ?".

N'ont répondu à cette question par l'affirmative que 37 patients.

Cette pénétration dans la "bulle personnelle", cette effraction de la distance intime est donc quasiment toujours bien acceptée... quand on pense à la difficulté qu'ont les gens à se dévêtir même lors d'une consultation médicale faite dans les conditions habituelles...



### Rapport au temps

Cette passivité corporelle n'est pas une simple absence de réactions motrices que l'on pourrait expliquer par l'anxiété ou la douleur. Elle s'intègre dans toute une série de comportements dont nous allons voir les autres éléments, et tout d'abord le rapport au temps.

Nous avons demandé aux malades si l'attente leur paraissait longue, avec un moyen de contrôle objectif : l'heure d'arrivée et l'heure de sortie notées par les infirmiers. Dans la majorité des cas, les malades ont répondu qu'ils avaient attendu "peu de temps" ou "assez peu de temps". Souvent ils manifestaient leur surprise quand on leur donnait l'heure : "il est déjà 7 heures ! Je pensais qu'il était une heure plus tôt ...".

D'autre part, ceux qui étaient déjà venus une autre fois au Pavillon d'Urgence nous ont parfois dit que "la dernière fois ils avaient attendu très longtemps, mais qu'aujourd'hui ils avaient l'impression que ça n'avait pas duré". Il est possible que l'organisation du service se soit améliorée légèrement, mais je ne pense pas que ce soit là qu'il faille chercher l'explication car les durées réelles de passage au Pavillon d'Urgence varient entre une demi-heure et 4 heures, la majorité restant 90 minutes. Il semble bien plutôt que ces réponses doivent être imputées au comportement passif des patients qui oublient de s'impatienter.

Pour expliquer cet étrange rapport au temps, il semble préférable de faire une autre hypothèse : une fois arrivés au Pavillon d'Urgence les patients sont rassurés, ils ont gagné la course contre l'urgence, ils sont arrivés à temps... ils seront sauvés, ils en sont convaincus.

Ainsi, une fois au sein de l'hôpital, ne se mettent-ils pas hors temps ?





## Rapport au monde extérieur

L'indifférence au monde extérieur a été révélée dans deux questions.

La première concernait les locaux, qui ont paru à la majorité (72 % des patients), corrects, voire agréables. Or, au début de l'enquête, les nouvelles salles d'examen de chirurgie n'étaient pas ouvertes, l'ensemble des malades étaient donc soignés dans trois pièces où les murs étaient sales et craquelés, où régnait souvent une forte chaleur et où le niveau sonore était très élevé. Les malades étaient séparés les uns des autres par un rideau déchiré en plastique jauni. Les familles et les nouveaux arrivants attendaient, eux, dans un couloir étroit, mal éclairé, où il y avait un passage incessant.

Ces conditions d'accueil étaient objectivement fort peu satisfaisantes. Elles se sont améliorées, fin novembre 77, avec l'ouverture de trois nouvelles pièces, mais les travaux étaient toujours en cours en décembre. A cette satisfaction exprimée dans les réponses, il faut opposer, en plus de notre propre impression, les réactions des "non-malades", famille ou amis, qui eux, trouvaient souvent mauvaises, voire déplorables, les conditions d'accueil.

A la question : "La présence des autres malades vous a-t-elle rassuré, laissé indifférent ou angoissé ?" 55 % sont indifférents et 18 % sont rassurés. Pour qui connaît le couloir d'un Pavillon d'Urgence, cette réponse est tout à fait étonnante, car c'est là que débarquent de gros blessés ensanglantés et gémissants, des enfants dans le coma ou des clochards agités et peu avenants. Comment expliquer cette bonne tolérance,



quand ces personnes, n'étant plus malades, font un détour devant le vagabond assis sur le trottoir ou sont affolés devant la moindre goutte de sang ?... sinon par cette indifférence ressentie à l'égard du monde au moment de l'urgence ?



Conscience de soi et d'autrui

Le rapport entre les individus n'est pas simple : il s'agit d'une relation médecin-malade peu satisfaisante, qui s'observe malheureusement aussi ailleurs, dans les autres pavillons de l'hôpital, mais qui prend une acuité particulière dans le cadre de l'urgence.

On peut examiner plusieurs degrés, décroissants, dans cette relation :

- Il ne s'établit pas de rapport d'égalité entre le soignant et le soigné, mais une certaine négation de l'autre en tant qu'individu. Ainsi, la majorité des malades se moquent de savoir s'ils seront examinés par une femme ou par un homme. Seule compte la fonction : le bon médecin, le thérapeute le plus efficace.
- L'anonymat règne : les malades ne sont pas appelés par leur nom. De même, les soignants ont beaucoup de mal à porter un badge avec leur nom et qualité.
- De plus, les patients acceptent d'être chosifiés, de devenir un cas d'examen : "une T.S.", "un ventre chirurgical".
- Cette situation de malade-objet est encore renforcée par la fragmentation, par le morcellement : "un genou dans le premier box", "un infarctus dans la salle 3".

Etre réduit à un objet partiel ne pose pas de problème réel dans le cadre de l'urgence, comme nous le prouve l'indice de satisfaction, positif dans la majorité des réponses.



### Verbalisation

La pauvreté de l'échange verbal est un autre point essentiel pour caractériser le comportement du malade d'urgence. Nous avons déjà dit que nous n'avions pas choisi la technique de l'entretien libre, les quelques essais faits au début nous ayant montré les difficultés de verbalisation.

On est souvent frappé par le silence qui s'établit entre le malade et son entourage, et ce n'est pas seulement à cause du panneau "silence" à l'entrée de l'hôpital ! ni à cause d'une ambiance feutrée qui intimiderait le malade : il y a beaucoup de bruit, et parfois même du vacarme, dû au mouvement et non à la parole.

Pendant l'examen, le canal verbal est très faiblement utilisé : les échanges sont très fragmentaires, ils ne comportent que quelques mots. La mimogestualité, qui reste malheureusement bien mal étudiée, est le code le plus souvent utilisé, et il est assez bien compris : une grimace ou un rictus traduisent parfaitement une douleur. Nous nous trouvons dans le monde du préverbal.

Un grand nombre de patients avouent n'avoir pas demandé d'explications sur leur cas, comme si soudain ils ne savaient plus parler... peut-être aussi ne le voulaient-ils pas.

Les soignants renforcent parfois cette absence d'échange en allant demander des renseignements à l'entourage, sans prendre le temps d'interroger le patient lui-même.





Contrairement à ce qui se passe d'habitude, où le malade demande des soins, il arrive qu'aux Urgences la situation soit différente : le malade ne réclame rien. Je pense en particulier aux 20 % de cas où le patient a été contraint de venir aux Urgences par sa famille ou par la force publique. Le seul échange est alors de ce type : "Je ne sais pas pourquoi je suis ici, demandez-leur !" C'est là un refus de dialogue, parfois même un déni de la réalité puisqu'il est évident que s'il est là, c'est parce qu'il est malade, qu'il a mal.

On peut se demander pourquoi la situation d'urgence inhibe à ce point le discours, le rend si inutile. Il semble qu'on soit uniquement dans le monde de l'agi, dans un univers où les mots n'existent pas encore. L'exemple des tentatives de suicide illustre parfaitement ce point de vue : c'est justement parce qu'il n'y a plus eu de parole possible ni même, probablement, de mentalisation, que le passage à l'acte s'est réalisé.

La parole est exclue. Tout traumatisme, toute agression ne provoque-t-elle pas une sidération ? Ne dit-on pas couramment qu'on est "muet de peur", voire "mort de peur" ? La réanimation permet la renaissance, qui s'accompagne secondairement du retour de la parole.



### Relation aux autres

Autre attitude relevée dans le comportement de nos malades à l'urgence : la dépendance, parfois totale. On pense à ces blessés amenés par le S.A.M.U. dans leur matelas-coquille, alimentés par une perfusion et ventilés. La plupart des patients sont aussi très dépendants, de façon peut-être moins spectaculaire.

Ils attendent tout de l'Autre. Nous avons vu qu'ils utilisaient peu le canal verbal, et combien ils étaient passifs. Nous sommes dans le monde de la satisfaction immédiate, où la demande n'a même pas besoin d'être formulée, et aussi dans le monde des besoins très archaïques. J'ai été frappé par la joie intense de nombreux malades, lorsqu'on leur offrait un simple verre d'eau ou qu'on leur indiquait les toilettes, demandes qu'ils osaient à peine formuler.

La réponse des soignants à cette attitude n'est pas toujours bien claire, peut-être ont-ils même tendance à la renforcer, voire à la provoquer. Les mots qu'ils prononcent ne sont pas sans rappeler le langage de la mère au nourrisson ; quant à la façon dont on déshabille, lave, prépare le malade avant de le recouvrir d'un drap, qu'évoque-t-elle sinon le bébé qu'on linge ?

Si les possibilités de verbalisation sont faibles, elles ne sont pas absentes. On constate que certains malades parlent du monde en des termes très manichéens : quelques entretiens nous ont donné une vision totalement et uniformément pessimiste : locaux sinistres, soins médiocres, attente trop longue... les autres patients, qui constituent la grande majorité,



nous ont au contraire répondu que "tout était bien, tout le monde était gentil, très gentil, les soins excellents, l'attente nulle..." avec une absence totale de critiques. Or, dans la réalité objective, tout n'était pas parfait. Un malade nous a dit qu'on était "merveilleusement bien traité" au Pavillon d'Urgence, et qu'en revanche, ailleurs, à l'hôpital de la ville voisine, "c'était épouvantable". L'opposition des deux qualificatifs est si nette qu'on ne peut considérer cette réponse dans l'ordre du conscient, du raisonnable.

C'est l'illustration d'un clivage entre le bien et le mal, ou entre la Vie et la Mort, avec un choix pour un camp, contre l'autre. Cette dépendance totale ne va pas sans engendrer, paradoxalement, un sentiment de toute-puissance. Il devient égocentré, avide, tout lui est dû. Et il oblige, par là, les autres à être tout-puissants : des thérapeutes infail- libles, qui le soigneront bien. C'est typiquement un processus magique. Il y a, dans l'agression constituée par l'accident ou la maladie, une blessure narcissique très profonde, intolérable, qui oblige à aller demander secours à une bonne mère, à l'hôpital, qui va le réparer bien vite.

L'enquête chez les omni praticiens nous a appris que les patients, retournant voir leur médecin généraliste, critiquaient bien souvent le Pavillon d'Urgence : ils avaient trop attendu, n'avaient pas été contents de leurs soins. Cette opposition fondamentale entre leur vécu au moment de l'urgence et ce qu'ils en rapportaient plus tard à leur médecin pose un certain nombre de questions :



Comment expliquer ce revirement sinon par un effort pour oublier, pour effacer de leur esprit cette expérience de l'urgence ?

Ne doit-on pas voir là une reconstruction narcissique secondaire, après un passage dans une sorte de régression?





---

ESSAI DE THEORISATION

---



## ESSAI DE THEORISATION

=====

1°) Cette enquête nous conduit donc à voir dans la situation d'urgence une expérience très particulière, qui entraîne un bouleversement psychique intense. On l'observe chez tous les malades, sans avoir à tenir compte de leur pathologie réelle : le vécu du patient n'est pas lié à la gravité objective de son état. La distinction classique entre urgence vitale et urgence potentielle n'est pertinente que sur le plan technologique ou médical, mais modifie très peu les sentiments et les comportements du malade, comme nous l'ont montré les tableaux de contingence comparant le diagnostic avec toutes les autres variables.

2°) Les symptômes, les réactions observées chez nos malades rappellent par bien des côtés ce qu'on trouve chez les psychotiques. Entre ces deux groupes, il y a une grande similitude et il est bien difficile de distinguer ce qui appartient aux uns et aux autres :

- . la passivité extrême pouvant conduire à l'autisme,
- . la dépendance totale,
- . l'indifférence,
- . les troubles de l'image de soi,
- . la perte de l'identité,
- . le sentiment de toute puissance,
- . la perte de la notion du temps

sont bien les symptômes décrits aussi chez les psychotiques.

Lors de l'urgence, le patient a perdu son équilibre, son statut habituel ; il est en crise. Il ne se reconnaît plus lui-même, il est devenu étranger, "aliéné". On peut rapprocher ce vécu de celui que décrivait CAYROL au retour des camps de déportation : il n'arrivait à vivre que grâce au délire, à l'hallucination qu'il ne provoquait pas consciemment mais qui le dominaient, c'est-à-dire qu'il fonctionnait comme un psychotique.



Bien que n'étant pas moi-même analysé, et parfois un peu heurté par une utilisation sauvage et permanente de la Psychanalyse, il me semble commode de s'en servir comme "modèle théorique" et d'utiliser certains concepts analytiques pour expliquer ce qui se passe chez les patients de l'urgence.

On peut admettre que l'urgence représente un effort d'adaptation trop considérable et que l'individu est alors contraint de "régresser", comme le suggère ce paragraphe de FERENCZI

"la nécessité contraint l'organisme à revenir encore et toujours à la situation abandonnée de manière à provoquer en quelque sorte la "réintégration" de celle-ci. (...) C'est dans des retraites semblables ou analogues que se dissimule, probablement, la tendance régressive dans les moments où l'adaptation pose des problèmes trop considérables, pour ensuite reprendre son action comme facteur structurant dès que se trouve assurée la survie au danger principal."

Pour préciser cette notion de régression, nous allons rappeler ce qui a été dit à ce propos par les psychanalystes : durant les tous premiers mois de la vie, le nourrisson ne fait pas la distinction entre lui et les autres, entre lui et la réalité. Il est le monde et il se suffit à lui-même. Il s'agit d'un fantasme de toute-puissance, car le jeune enfant est en fait totalement dépendant. Assez rapidement, il s'aperçoit qu'il est impuissant à satisfaire certains besoins. Des frustrations de ce type l'amènent progressivement à considérer comme distincts de lui-même le sein, puis sa mère, puis les autres, puis le monde. Il prend alors conscience de la réalité, ce qui entraîne une déception intense. Il n'est plus tout puissant mais au contraire vulnérable et dépendant, il perçoit ses limites et ses manques. Cette déception inflige une blessure profonde à son narcissisme, mais elle n'apparaît



pas car la relation privilégiée qui s'instaure alors avec sa mère crée immédiatement un certain degré de réparation. C'est elle qui le comblera quand il aura faim ou soif, elle est la puissance. Cette relation est dite "narcissique" parce que la mère n'est pas vécue comme une personne mais uniquement comme celle qui comble et remplit, en d'autres termes, comme celle qui, en donnant, permet d'exister.

Tout adulte garde au fond de lui le souvenir de ce paradis perdu, sans angoisse : l'univers de la mère idéale, l'univers de la réparation immédiate, de la relation d'objet narcissique. Et lorsque réapparaît le sentiment douloureux de son impuissance, ce qui se produit lors de l'urgence, l'adulte cherche à régresser pour retrouver cette réparation immédiate, cette prise en charge totale par la mère, mécanisme qui avait si bien fonctionné dans son enfance. L'hôpital jouera très facilement ce rôle de "bonne mère réparatrice" grâce à ses pulsions soignantes (enseignées pendant 7 ans de faculté à tous les médecins !)

Si la régression peut provoquer la mise en route d'un mécanisme réparateur et donc bénéfique, elle amène avec elle d'autres éléments qui, eux, sont néfastes. Ce point nous semble capital pour appréhender la régression dans sa totalité et non pas seulement dans sa dimension positive. Nous utiliserons les termes de Mélanie KLEIN relatifs à la "position paranoïde - schizoïde" pour décrire ces deux côtés de la médaille.

La régression n'apporte pas que l'objet idéal, celui qu'on aspire à posséder et auquel on désire s'identifier. Si elle donne au sujet le bon objet, celui de la réparation immédiate, elle lui donne dans le même temps le "mauvais objet", l'objet persécuteur ; c'est-à-dire qu'il y a à la fois l'amour et la haine, le bien et le mal. Le choix est imposé et la nuance impossible. Il faut tout posséder, ou tout détruire. Comme l'écrit H. SPICER :

"Le moi immature du nourrisson est dès la naissance exposé à l'angoisse suscitée par la polarisation innée des pulsions : le conflit immédiat entre la pulsion





de vie et la pulsion de mort. Il est aussi exposé tout de suite au choc de la réalité extérieure qui est à la fois angoissante comme le traumatisme de la naissance, et vivifiante comme la chaleur, l'amour et la nourriture reçus de la mère."

Induit par la régression, ce séjour dans le monde archaïque ne doit donc pas être vu comme le bonheur absolu, sorte d'enfance idéalisée et bénie, il est aussi une période d'angoisse très forte.

Ne faut-il pas voir, dans la facilité avec laquelle le patient de l'urgence transmet son angoisse à l'entourage et même aux soignants, une preuve de l'importance, de la profondeur de la régression ? Et ne rejoint-on pas là le monde de la psychose dont nous avons déjà vu la proximité au niveau symptomatique ?

Les patients utilisent en effet des mécanismes de défenses psychotiques, ce qui confirme notre première impression : on est bien dans des fonctionnements psychotiques.

- la projection introjection, en particulier quand ils rejettent la maladie hors de leur corps et la considèrent comme une agression étrangère.

- Le déni de la réalité, qu'on décèle dans des phrases du type : " demandez-leur pourquoi je suis là " ou "ce n'est pas grave".

- Le clivage, illustré par la satisfaction totale et sans réserve aucune, vis-à-vis de l'hôpital, et la critique de "tous les autres".

D'ailleurs les malades de l'urgence utilisent très rarement des mécanismes de défense névrotiques dont se servent si facilement les gens hospitalisés dans les autres services.



Par exemple MARITAN a montré dans sa thèse comment les cardiaques utilisaient les mécanismes obsessionnels. SOLJENITSYNE décrit un fonctionnement du même type dans "le pavillon des Cancéreux". Le choix de mécanismes psychotiques et non névrotiques s'explique probablement par la soudaineté de l'urgence qui ne permettrait pas aux individus d'organiser leur défense à un niveau si élaboré.

D'autre part, dans sa relation d'objet, le sujet s'en tient à une relation fusionnelle. Il est dans une dépendance totale, il n'existe pas de façon autonome. On rappellera les difficultés qu'il éprouve à distinguer le contenant du contenu, l'intérieur de l'extérieur, le moi du non-moi.

Il me semble que pendant l'urgence, la régression est imposée au patient, ou si ce n'est imposée, du moins induite par une série de facteurs qui seront étudiés dans la seconde partie de ce travail. C'est probablement grâce à ce caractère obligatoire et imposé par des facteurs extérieurs que ce passage dans le monde archaïque est si bref, et que le patient en ressort, d'habitude, heureusement, sans véritable séquelle.

Si cette régression se fait dans le sens d'un retour vers les expériences de l'enfance, il est possible aussi de l'envisager au plan philogénétique et historique, en particulier dans une dimension sociale où nous verrons l'importance considérable qu'occupe encore aujourd'hui la fonction magique.

Ce passage dans le monde archaïque, comparable à une expérience psychotique, à une descente dans les Enfers de la Folie, n'est jamais bénin et la situation d'urgence m'apparaît comme un état extrêmement périlleux pour l'équilibre psychique de n'importe qui.



LES ELEMENTS INDUCTEURS DE LA REGRESSION



## LES ELEMENTS INDUCTEURS DE LA REGRESSION

=====

Pourquoi une telle "régression", une telle plongée dans le monde archaïque ? Nous n'en rechercherons pas la finalité (est-ce une nécessité, ou une recherche de la "réparation immédiate", c'est-à-dire un mécanisme "économiquement" satisfaisant ?), mais la cause. Il nous semble qu'il faut la chercher dans deux directions :

- d'une part dans le fonctionnement médical, celui en particulier d'un Pavillon d'Urgence,
- d'autre part dans le bouleversement profond et intime qui se joue lors de l'urgence.

C'est par ce dernier point que nous commencerons.

A la question portant sur le motif invoqué pour venir aux urgences, trois réponses nous ont été données avant les autres : la douleur, la blessure, le malaise.

Une étude linguistique rigoureuse nous apprendrait peut-être la véritable signification de "mal-aise" ; on peut cependant admettre que ce mot porte en lui, d'une part, le mal, le douloureux. C'est alors l'une des formulations du "j'ai mal" et nous pouvons le classer sans difficulté dans le registre de la douleur. D'autre part est véhiculée dans "malaise" toute une angoisse, une peur de l'inconnu, de l'indéfinissable.

Quand les sujets interrogés nous parlent de leur blessure il y a, à nouveau, implicitement, la douleur et souvent aussi ils expriment leur peur (d'être cassé, mutilé, morcelé...)





C'est donc sur les thèmes de la douleur et de l'angoisse qu'il faut maintenant réfléchir en se demandant si ces deux affects ne submergent pas l'individu au moment de l'urgence ; il se retrouverait alors plongé dans le monde archaïque.

### La douleur

La douleur est souvent au premier plan de la symptomatologie présentée par les sujets arrivant en urgence (42% des cas invoquent ce motif). On peut se demander si la distinction entre douleur morale et douleur physique doit être maintenue ; si on continue à opposer ces deux notions, n'est-ce pas en vertu de la classique dichotomie soma/psychè, de nos réflexes binauristes, du principe logique du tiers exclu ? L'explication donnée par le Pr. SOURNIA nous semble assez satisfaisante, quand il montre que c'est un procédé d'étude, une hypothèse de travail indispensable, mais pas plus :

"De tout temps l'Homme s'est passionné pour lui-même mais sa complexité est telle qu'il a éprouvé le désir, avant DESCARTES, de diviser le problème. On a coupé l'homme en morceaux, on l'a écartelé. La question est de savoir si les divisions sont toujours justifiées, si elles sont encore utiles. Dans chacun de ces interstices la magie et la raison s'insinuent et se combattent (...) Reste à savoir si le médecin sera un jour capable, de ce pantin démantibulé, de refaire un homme et de l'aider à vivre."

Le courant de la psychosomatique (de nombreuses confirmations peuvent être trouvées dans l'oeuvre de MARTY) nous pousse tout à fait dans ce sens : permettre à l'homme de



retrouver sa globalité.

Il est frappant, par ailleurs, de constater combien de connotations affectives transparaissent dans les "questions d'internat" pour décrire les douleurs organiques, ce qui montre bien la non-pertinence de cette distinction. La langue commune ne s'y trompe pas, et on parle de "grande douleur" pour une rage de dents comme pour la perte d'un être cher. Il y a une grande similitude entre toutes les expériences douloureuses.

Pour illustrer cette proximité, il faut évoquer les travaux récents qui ont montré l'efficacité des médicaments antidépresseurs sur la douleur, même sur la douleur dite organique. E. POMMATEAU, J. GUYOTAT, et J. PELLET ont rapporté des résultats spectaculaires, parfois supérieurs à ceux obtenus avec des antalgiques majeurs (opiacés etc...) pour calmer les douleurs des cancéreux et des traumatisés du crâne. (... ne pourrait-on pas, alors, se demander dans quelle mesure la douleur est un symptôme de la dépression, ou du moins, s'interroger sur leurs rapports ?...)

Certains considèrent la douleur comme un 6ème sens qui permet de faire l'apprentissage du désagréable. Les phrases du Pr. LERICHE permettent de rejeter assez catégoriquement cette proposition :

"Tout d'abord, comment admettre que la douleur est l'exercice d'un sens défensif avec des appareils spécifiques, quand on voit la misère de celui qui est atteint d'une névralgie du trijumeau ? ou d'un moignon douloureux ? (...) Quelle protection assure-t-elle à un cancéreux ? La douleur ne protège pas l'homme. Elle le diminue. Il ne faut pas persévérer dans cette erreur qui consiste à confondre la



douleur expérimentale (provoquée artificiellement pendant des expériences) et la douleur maladie."

Les travaux récents des neurophysiologistes restent pleins d'hypothèses, les théories s'affrontent encore sur les trajets et les mécanismes de la douleur. Cela dit, même si on lui découvre une spécificité anatomophysiologique, le problème ne sera pas résolu pour autant. Car quelle est la signification d'un instinct qui se dévore lui-même ? Quel est le sens d'une défense qui détruit ?

Essayer de répondre à ces questions, c'est évidemment soulever le problème sous-jacent du mal ; ceci nous entraînerait trop loin, vers des explications magiques, religieuses ou philosophiques. Nous ne rouvrirons pas le vieux débat sur son sens, son utilité. D'autant plus qu'il faudrait envisager aussi les attitudes face à la douleur, la dialectique qui s'est établie entre Lamentation et Consolation, qu'il faudrait montrer combien la douleur est liée à la culture de chacun, c'est-à-dire comment l'histoire personnelle et l'histoire collective modifient le vécu de la souffrance ; resterait encore posé le problème du "douloureux" de la douleur.

Mais cette discussion n'a pas sa place ici. Nous nous contenterons de voir les modifications qu'apportent, à chacun, l'expérience douloureuse, en insistant sur les rapports de la douleur avec le corps d'une part, avec le temps d'autre part.

La douleur ne peut pas être désincarnée. Elle est intimement liée à notre corps, à notre chair. Il n'existe qu'exceptionnellement des gens qui ne ressentent pas la douleur, et ils entrent dans le cadre de la pathologie.



C'est à l'occasion de la douleur que nous prenons le mieux conscience de notre corps. Celui-ci est d'habitude docile, tout à fait soumis à notre volonté, il se laisse oublier - et, brutalement, à cause d'une douleur, il réagit, proteste, existe.

Dans "l'Etre et le Néant", SARTRE choisit la douleur physique comme exemple pris entre mille autres façons, contingentes elles-mêmes, d'exister notre contingence, pour illustrer le fait que la conscience existe sa contingence.

La douleur nous aide à connaître notre corps végétatif. Nous n'avons pas l'impression d'avoir de foie ou d'estomac en temps normal. Ce ne sont que des abstractions extérieures à nous-mêmes, même si nous connaissons leur fonctionnement, leurs métabolismes et leur situation anatomique dans notre abdomen. Puis, quand nous souffrons, ils prennent douloureusement une réalité. Ils deviennent partie de nous-mêmes.

La douleur entraîne souvent une modification du schéma corporel. Nous avons tous ressenti cette impression étrange que l'organe malade grandissait, devenait beaucoup plus volumineux que d'habitude. Il suffit d'avoir un doigt blessé pour que celui-ci, comme par hasard, vienne cogner tous les objets qui l'entourent. Il est devenu énorme, monstrueux. De même, lors d'une céphalée, la tête devient lourde, on a l'impression qu'elle est prête à éclater.

Il y a un brusque déséquilibre entre la partie et le tout, entre une zone localisée et l'ensemble du corps, comme le souligne BERGSON dans "Matière et Mémoire" :

"Ainsi naît la douleur, laquelle n'est pas autre chose, selon nous, qu'un effort de l'élément lésé pour





remettre les choses en place, une espèce de tendance motrice sur un nerf sensitif. Toute douleur doit donc exister dans un effort, et dans un effort impuissant. Toute douleur est un effort local, et c'est cet isolement même de l'effort qui est la cause de son impuissance, parce que l'organisme, en raison de la solidarité de ses parties, n'est plus apte qu'aux efforts d'ensemble."

L'exemple de la gastrologie apporte encore de l'eau à notre moulin : l'estomac passe au premier plan, ce qui était à l'intérieur apparaît à la surface, fait maintenant partie du corps, c'est le mélange du contenant et du contenu.

En plus de cette désagréable sensation physique, il ne faut pas oublier que la douleur a laissé des traces dans notre esprit, et qu'elle est capable de réveiller en chacun de nous l'image de cette souffrance qui nous a, un jour, meurtri . On pense en particulier à l'algothallucinoïse des amputés. Dans l'expérience douloureuse, le corps vécu, ou "corps propre", pour reprendre l'expression de MERLEAU - PONTY, remplace le corps objectif.

La douleur est aussi une expérience dévorante, envahissante ; nous avons par exemple du mal à localiser avec précision la zone douloureuse qui rapidement semble s'étendre, se répandre et peu à peu nous ne pouvons plus nous y soustraire, nous sommes devenus douleur, emprisonnés par elle. Ne devenons-nous pas, parfois une simple rage de dents, incapables de penser à autre chose ? Ce sentiment de possession est beaucoup plus net lors d'un deuil : nous sommes à la fois remplis et vidés par cette idée, par cette tristesse qui vient même envahir notre corps : larmes, malaises, nausées...

Lors de la douleur, la conscience se découvre brutalement enfermée dans un corps hostile avec, pour reprendre



l'expression de Jeanne RUSSIER, "un curieux mélange d'intimité et d'extériorité". Cependant, cette douleur, nous la voudrions à l'extérieur de nous. De nombreuses expressions médicales ou populaires illustrent ce sentiment de douleur vécue comme une agression :

- . le "coup de poignard" de la perforation d'ulcère,
- . la "douleur en étau" de l'infarctus du myocarde,
- . les "coups de marteau" qui frappent dans notre tête...

On retrouve là le mécanisme de projection décrit par Mélanie KLEIN avec le clivage entre les bons et les mauvais objets, le sujet ne peut pas accepter que la douleur, mauvais objet, soit à l'intérieur de lui et il l'attribue à un autre objet maléfique et persécutoire qui est situé à l'extérieur de lui-même.

Si la douleur et le corps entretiennent d'étranges rapports, le temps ne va pas simplifier les choses. Nous pourrions dissenter longuement sur les modifications de la douleur en fonction de la durée et argumenter sur les souffrances chroniques, les conversions douloureuses..., mais ce n'est pas notre point de vue.

Il semble que la douleur modifie la perception du temps. Celui-ci est comme bloqué, figé. On peut citer SARANO dans son livre passionnant sur le sujet :

"La douleur est un accident, un parasite du temps. Elle vit sur lui et on dirait qu'elle l'allonge, le prolonge, le nourrit d'elle. Si le temps paraît plus long dans la douleur interminable, c'est d'un indéfini qu'il s'agit et non d'un infini. La douleur vide le temps comme une hémorragie ; elle lui laisse son écorce vide comme un vêtement trop grand dans lequel on flotte."

Je citerai une anecdote vécue par une jeune femme médecin qui parlait de son accouchement ; il se déroulait sans



problème majeur, la douleur était supportable et attendue par la mère. Brusquement, alors que tout allait bien, elle a pris conscience du temps, s'est demandée si ça allait finir un jour, la douleur est alors devenue bien plus forte et difficile à surmonter, comme si le temps s'alliait à la douleur, comme si c'était le temps qui risquait de la dévorer (comme CHRONOS le faisait avec ses enfants).

On pourrait citer de nombreux exemples où la douleur accélère le temps ou au contraire le ralentit. "Les choses de la vie" de Paul GUIMARD illustre bien ce temps élastique que perçoit le héros blessé après son terrible accident de voiture.

Il y a une certaine similitude dans les rapports au corps et au temps qu'entretiennent l'homme souffrant et l'homme psychotique. Dans les deux cas on retrouve des modifications corporelles, des frontières floues entre l'intérieur et l'extérieur, entre le contenant et le contenu, et un déroulement du temps assez étrange. la douleur apparaît donc comme un élément facilitant la régression.



## L'angoisse

Le second élément de bouleversement engendré par l'urgence est l'angoisse. Celle-ci n'est pas univoque mais s'étage en plusieurs niveaux qui vont de la simple inquiétude à une véritable angoisse de mort et qui ont tendance à s'interpénétrer.

Un certain degré d'inquiétude est lié à la simple venue à l'hôpital. Même quand on y vient en visiteur, c'est toujours pour voir des gens qui ont une maladie grave ou qui vont mourir - seulement 1% des malades interrogés dit être venu pour quelque chose de bénin. Cette association hôpital-mort est très fréquente et explique la connotation très péjorative que garde le concept d'hôpital. Le Pavillon des Urgences est le lieu le plus chargé d'éléments mortifères, au niveau imaginaire mais aussi dans la réalité.

En effet lorsqu'un malade d'un service va très mal, il est très fréquent qu'on le transporte aux Urgences pour que tout soit fait : on invoque la surveillance régulière 24 heures sur 24, un personnel très compétent et plus nombreux. C'est souvent vrai et ça permet la mise en route d'une thérapeutique de réanimation fort complexe et efficace. Mais quelquefois c'est un malade agonique qui arrive, pour mourir au Pavillon d'Urgence plutôt que dans son service. Les soignants du Pavillon d'Urgence ont alors, parfois, le sentiment qu'on considère leur service comme un mouroir. Nous avons l'intention d'étudier ce problème en demandant à des infirmières de différents services ce qu'elles pensaient de la mort.

Chargée de ce préjugé défavorable, l'hospitalisation est toujours difficile à faire accepter, comme nous le montre la question posée aux médecins de ville : appelés en urgence, ils doivent insister fortement deux fois sur





cinq pour que leur malade aille au Pavillon d'Urgence. Une évolution vers une meilleure acceptation de l'hospitalisation se dessine chez les habitants du centre-ville. En revanche, on sent toujours une forte résistance chez les patients qui habitent plus loin (ça m'avait particulièrement frappé à Roche la Molière et à Bourg Argental où j'avais des consultations) : ils demandent à leur médecin d'être soignés si possible chez eux, quitte à être envoyés à l'hôpital dans un deuxième temps, ceci même pour des histoires sévères.

Cette inquiétude face à l'hôpital est assez forte et fréquente. Est-elle liée à l'hôpital Bellevue en particulier, ou à l'institution hospitalière en général ? Le petit nombre de patients qui souhaitaient ne pas revenir et préféreraient aller en clinique nous incite à opter pour la seconde hypothèse. Dans les services d'urgence, la relation médecin-malade n'est pas habituelle : le patient et le thérapeute ne se connaissent pas, et ne se reverront pas. Tout un travail d'approche, d'échange est nécessaire et prend du temps, ce qui n'est pas toujours possible. La chaleur relationnelle est donc souvent faible et ne permet pas de rassurer le malade déjà inquiet d'être confronté à un ou des inconnus.

Le patient de l'urgence n'a pas pu organiser ni préparer son hospitalisation, il va éprouver une double peur :

- la première est liée à sa pathologie : la peur d'avoir quelque chose de grave ou demurer est la réponse donnée par 42 % des malades quand on les interrogeait sur leurs premières impressions à l'entrée, ce qui est un chiffre impressionnant pour des malades aussi divers, certains arrivant pour une toute petite chose.

- A cette peur devant la maladie s'ajoute une autre dimension, spécifique de l'urgence, et qui touche l'individu dans sa globalité sociale : le malade du Pavillon d'Urgence a en plus des préoccupations pour son avenir, pour sa famille, des soucis socio-professionnels, et nous avons souvent entendu des questions de ce type :

"Qui va aller chercher mes enfants en classe ?"



"Cet accident ne va-t-il pas me faire perdre mon emploi ?"

"Qu'est-ce que je vais devenir ?"

Les médecins sont très désarmés devant cette inquiétude et, le plus souvent, ils n'en tiennent pas compte : pour eux, la santé passe avant tout.

On soulève là un problème très fondamental, me semble-t-il : chez bien des gens non-médecins, la santé n'a pas la place primordiale qu'elle a aux yeux du corps médical ; le corps, la maladie, la douleur passent après ; le corps est un outil qui doit bien fonctionner, et la maladie un obstacle, une gêne avec laquelle il faut composer. Or on rencontre souvent des médecins qui comprennent mal que quelque chose, l'activité professionnelle par exemple, puisse préoccuper l'individu plus que sa santé. Un médecin ordonnera à un malade une hospitalisation, et ne comprendra pas que le patient refuse parce que ça le gêne à ce moment-là dans son travail, dans sa vie privée..., et que cette gêne là est plus grande que celle de vivre avec sa maladie.

La situation d'urgence est génératrice d'angoisse parce qu'elle provoque un changement, un désordre. Il y a toujours une part de peur face à la perte de son équilibre ou de ses habitudes ; et la situation de "crise" qui a provoqué l'urgence apporte avec elle un doute sur sa propre identité : si cet accident a pu m'arriver, tout devient possible, rien n'est plus stable, ni solide, pas même moi : "tout fout le camp". On peut reprendre l'analyse du Dr QUENARD qui compare cette situation avec une crise dans l'histoire :

"De la même manière qu'une crise politique n'éclate que sur une situation préalable lourdement grevée, dans le domaine de la santé mentale ou physique, la crise apporte une espèce de révélation sauvage ; la précarité



du statut antérieur, Par exemple à l'occasion d'un infarctus myocardique, le sujet va se mettre à douter non seulement de son coeur et de ses artères, mais de la solidité de son être tout entier. En cas de crise politique il est fréquent qu'une société se mette à douter de ses institutions et de l'efficacité de son régime. Tout se passe comme si la notion de danger ou de précarité se répercutait en amont au niveau de l'histoire du sujet, tout comme elle entâche sérieusement l'aval, c'est-à-dire l'avenir."

Il faudrait insister sur la solitude profonde de l'homme malade ou blessé. Une foule d'infirmières a beau s'occuper de lui, le soigner, l'examiner, pourtant il reste seul avec son corps et sa douleur, seul avec sa peur puisque, comme nous l'avons vu, un véritable échange n'a pas pu s'établir.

L'urgence, et, plus nettement, l'urgence traumatique, favorise l'angoisse de morcellement qui se traduit par les termes de "cassé", "éclaté", "fracturé"...que l'on entend à longueur de journée dans les boxes de chirurgie. Cette perte de l'intégrité corporelle réactive une angoisse très primitive et fondamentale qu'on retrouve chez certains psychotiques.

Sous-jacente à ces peurs, à ces inquiétudes, à ces angoisses se trouve la mort. Elle est souvent présente, en tout cas très proche. C'est au Pavillon d'Urgence qu'arrivent les cas les plus graves, les traumatisés, les comateux, les tentatives de suicide, et plusieurs fois par semaine, passent des brancards recouverts d'un drap. Et, dans ce service, les nouvelles circulent très vite. Un soir, le S.A.M.U. a amené deux personnes, une mère qui avait tenté de se supprimer après avoir blessé mortellement sa fille de 15 ans d'un coup de fusil. Cette dernière était morte dans l'ambulance. Cette histoire dramatique a été connue en quelques instants dans tout le service et on a senti l'effroi chez tous les soignants : les paroles devenaient rares et chacun avait envie de quitter le service au plus vite.



La mort est aussi présente au niveau fantasmatique : c'est elle qui va arriver, un jour, chercher les uns et les autres. C'est contre elle que les soignants luttent, contre leur propre mort.

Cette angoisse de mort est présente chez de nombreux malades. Un bon nombre ose en parler : la réponse "peur de mourir" est apparue chez 11 % des individus. C'est un nombre impressionnant pour parler d'un sentiment si profond, si tabou... Pour lutter contre ces angoisses, les soignants agissent, s'activent intensément : les chirurgiens opèrent, les anesthésistes réaniment, les uns auscultent, les autres font une injection... Les patients, eux, n'ont pas d'autre possibilité que de fuir dans la régression.





### Facteurs institutionnels

Nous allons explorer la seconde voie où l'on peut rechercher des causes de régression, en examinant non plus ce qui se passe au niveau individuel, mais en quoi le fonctionnement médical, et en particulier celui du Pavillon d'Urgence, peut favoriser la plongée dans le monde archaïque.

Nous exposerons dans un premier temps en quoi le processus de l'urgence est un cycle obligatoire auquel il n'est pas possible d'échapper. Nous nous intéresserons ensuite aux rapports, spécifiques de l'urgence, qui s'établissent entre médecins et malades, puis à sa dimension théatrale et enfin à l'importance du mythe dans ce fonctionnement médical.

L'urgence survient à un moment où les possibilités d'adaptation ne sont plus possibles, quand le pathologique l'emporte sur tout le reste. Une phase de lutte peut ou non exister : elle est nulle lors d'un accident de la circulation, elle peut durer assez longtemps chez l'insuffisant cardiaque qui se soigne, jusqu'à ce qu'il entre en phase de décompensation ; chez les couples en désaccord, la conjugopathie est supportée pendant des mois et des années, et un jour, elle devient intolérable : c'est la crise, l'urgence.

Dans tous les cas, il y a rupture, avec une montée brusque de l'angoisse. Celle-ci est l'élément majeur dans l'appel aux médecins généralistes. Ceux-ci la signalent dans presque tous leurs appels urgents : angoisse du patient, une fois sur deux, angoisse de l'entourage dans plus de 85 % des cas.

La situation d'urgence provoque parfois même une véritable panique. Les défenses habituelles sont submergées, il faut faire appel à un personnage extérieur : le médecin, ou les autorités avec Police-Secours, qui seront alors investis d'un pouvoir considérable, quasi-magique.



Le projet d'un numéro de téléphone unique pour les urgences qui est en train de voir le jour, permettra certes de gagner un temps précieux, mais on voit les grandes difficultés auxquelles se heurtera celui qui répondra au téléphone, un médecin probablement, qui devra, d'après une simple information orale, décider ou non de l'intervention des moyens modernes d'aide type S.A.M.U. : n'y a-t-il pas un décalage entre le simple geste de décrocher son téléphone, et la lourde responsabilité du médecin ?

Face à cet appel urgent, la position du médecin n'est pas claire, car il est lui-même, le plus souvent, inquiet et angoissé. A la question : "Comment vivez-vous l'urgence ?", les praticiens ont répondu qu'ils avaient peur, "à cause de leur insuffisance technique" ou "à cause du sentiment de mort sous-jacent" dans les 2/3 des cas ; le tiers restant se répartissait en deux groupes assez voisins, entre "contrainte du métier pesant sur la vie familiale" et "moment riche de ma pratique".

L'évolution de la médecine telle qu'elle semble se dessiner accroîtra probablement les difficultés du médecin libéral :

- d'une part à cause du risque de poursuite sur le plan civil et même pénal : leur responsabilité est de plus en plus souvent mise en cause.
- d'autre part les progrès de la médecine font que ce qui n'était pas une urgence absolue il y a 20 ans le devient. Un médecin âgé me racontait en évoquant la méningite tuberculeuse qu'avant les antibiotiques, il ne venait chez les gens que pour faire un constat. Maintenant on en meurt exceptionnellement car elle peut être bien soignée en urgence.

Le médecin, angoissé lui-même, investi d'un grand pouvoir, confronté à la demande massive du malade et de son entourage, doit réagir devant cette urgence. Mais le champ de ses



possibilités est restreint et l'environnement exerce une certaine pression sur sa décision. Aussi va-t-il le plus souvent user de sa toute-puissance et "ordonner" l'hospitalisation en urgence, ce qui calme l'angoisse de l'entourage mais induit la brusque régression du patient.

Le malade aura donc pendant son passage au Pavillon d'Urgence une attitude de soumission, de passivité extrême, l'hôpital jouant le rôle de "bonne mère réparatrice". Il ressentira plus tard de son attitude au Pavillon d'Urgence une blessure narcissique profonde. En effet il faut probablement voir comme un effort de reconstruction narcissique les réactions secondaires que le patient a devant son médecin traitant à propos du Pavillon d'Urgence et de ce cycle infernal où il a été plongé de force, comme s'il voulait à tout prix effacer de sa mémoire ce passage dans le monde archaïque, dans le monde de la psychose. Il y a en effet une grande différence entre ce que les patients disent quand ils sont soignés au Pavillon d'Urgence et ce qu'ils rapportent à leur médecin généraliste. D'après ces derniers, les conditions d'accueil sont mauvaises ou très mauvaises. Cependant il faut peut-être aussi voir là l'expression des relations assez médiocres que les médecins installés entretiennent avec l'hôpital public et avec les services d'urgence en particulier. Ils regrettent d'ailleurs souvent la mauvaise qualité des échanges entre eux et les médecins hospitaliers, les internes en particulier. Un gros travail de coopération peut être fait dans ce domaine, pour le grand bénéfice des uns et des autres. Souhaitons que les efforts pour restructurer les urgences à Saint-Etienne aboutissent rapidement et facilitent les liens.

En somme, on peut dire que le médecin appelé en urgence, aussi bien au domicile du malade que sur la voie publique, est contraint d'utiliser sa "toute puissance médicale", ce qui, par réaction, a tendance à provoquer la régression du patient.



Un autre élément qui induit la régression est la position dominante qu'occupe le médecin, tant dans les esprits que dans les faits. On a dit beaucoup de choses sur ce fameux pouvoir du médecin, et depuis quelques années pour le critiquer nettement. Ces quelques lignes de Simone DE BEAUVOIR, extraites de "une mort si douce", illustre bien cette idée :

"Les médecins sont perchés sur l'estrade de juges et dominent le reste de l'humanité. (...) Tirés à quatre épingles, lotionnés, bouchonnés, ils se penchaient de très haut sur cette vieille femme, mal peignée, un peu hagarde ! des messieurs..."

Je ne prendrai pas parti dans ce débat mais je veux simplement souligner à quel point le rapport entre l'homme couché et malade et le thérapeute debout et sain est inégal, simplement dans leur rapport "proxémique" (au sens de E. HALL).

Ceci est encore plus net dans le cadre des urgences où les patients ne souhaitent pas rétablir l'équilibre mais au contraire mettent le médecin dans une "position haute".

- d'une part par nécessité : le malade qui souffre ou qui est blessé ne veut pas se lever ni bouger, il reste donc allongé. Nous avons trouvé 50 % de nos patients ayant des difficultés de mobilisation.

- d'autre part, comme nous l'avons déjà signalé, le malade charge le médecin d'un pouvoir surnaturel, quasi magique, et l'oblige à être tout-puissant, convaincu que cela favorise sa guérison : c'est donc lui qui, d'une certaine manière, souhaite et provoque cette domination.

Le côté spectacle prend une part importante dans le fonctionnement d'un service d'urgence. Nous avons tous en





mémoire les hurlements de la sirène, les lumières bleues de l'ambulance qui traverse à vive allure la ville. Cette dimension spectaculaire s'est encore accrue avec les sorties des véhicules du S.A.M.U., véritables "camions publicitaires" de l'urgence.

Une fois entré au Pavillon d'Urgence, le patient est tour à tour effrayé et émerveillé par le ballet de blouses blanches, jaunes ou bleues qui tournent autour de lui. Quelque fois même apparaît un "homme en vert", chirurgien ou réanimateur qui a gardé son calot et son masque. Tous ces gens s'agitent autour de lui, parlent entre eux une langue qui n'est plus le latin mais n'en demeure pas moins incompréhensible. Les odeurs étranges, un peu entêtantes lui troublent l'esprit, d'autant plus que les lumières l'éblouissent.

La mise en scène est tout à fait remarquable. C'est le patient qui vient de déclencher tout ce spectacle, et pourtant...

- il n'est pas le metteur en scène : les acteurs gesticulent sans ses conseils, connaissent leur rôle comme si le scénario était déjà écrit ;

- il n'est pas non plus la vedette, celle-ci, comme l'Arlésienne, va arriver ; on attend en effet toujours la Grande Urgence, celle qui va mobiliser toutes les énergies et tout le monde. Le Pavillon d'Urgence, pour bien fonctionner, doit en permanence se vider et être prêt à recevoir de nouveaux malades. Même quand il n'y a pas foule dans le couloir d'attente, l'ensemble des soignants se dépêche, s'active pour que très rapidement le malade vide les lieux, soit en rentrant chez lui soit en étant envoyé dans un autre service ;

- il n'est qu'un piètre acteur, un figurant peut-être : il doit rester immobile, caché par les autres. Un peu intimidé, il ne connaît pas bien son rôle ; il hésite, ne sait plus exactement



ce qu'il faut répondre à ces nombreuses questions. Il se fait tout petit, ne demande rien à personne, se laisse totalement manipuler.

Quand Erving GOFFMAN a repris l'idée classique que toute activité sociale est spectacle, il l'a profondément enrichie en montrant l'importance de la mise en scène et surtout des "rites d'interaction" dans les relations humaines. Il insiste sur l'obligation où sont les deux partenaires, individu à individu ou individu à groupe, à adopter telle ou telle attitude. Si l'un se comporte d'une certaine façon, l'autre doit obligatoirement réagir en fonction de ce comportement : les possibilités de liberté sont faibles.

Au Pavillon d'Urgence, le malade est obligé de jouer son rôle qui est celui du sujet qui régresse. En effet la distribution des rôles n'y est pas plus libre que dans les "institutions d'exception" : la prison, l'hôpital psychiatrique ou les centres de rééducation, où l'on rencontre souvent aussi des régressions, comme l'a brillamment montré J.C ROLLAND qui écrit dans sa thèse :

"Etre un schizophrène ou être un débile dans l'institution de la schizophrénie ou de la débilité m'enlève toute originalité. C'est en effet en fonction d'un environnement précis, autre que moi, que j'ai choisi telle identité, mais l'institution qui me confond avec les autres schizophrènes - qui confond mon histoire avec celle de tous les schizophrènes - m'efface en tant que sujet. Nous sommes un chœur de schizophrènes; un chœur n'a pas d'histoire, il commande simplement le jeu de l'acteur. Nous ne participons pas au jeu de la vie, nous regardons. (...) La régression opérée par l'institution mène l'individu, non pas à des positions qu'il a déjà expérimentées, mais au-delà, dans une existence où l'idée même de l'individualité n'aurait pas émergé encore d'une indifférenciation d'espèce."



Le Pavillon d'Urgence est lui aussi un théâtre, et un théâtre étrange : c'est en effet l'une des seules scènes où l'on puisse approcher la mort de si près. Nous avons déjà insisté sur sa présence permanente ou du moins son imminence. Dans l'"urgence spectacle", curieusement, les comportements hystériques sont peu fréquents, peut-être parce que les remises en cause sont si profondes : toute la problématique où est plongé le patient tourne autour de l'identité, de la vie ou de la mort.

Les individus pris dans ce système institutionnel sont le plus souvent niés comme personne. Devant cette situation intolérable, leur seule possibilité est de se réfugier dans la régression.



### La fonction magique

Il me semble intéressant de changer de point de vue et d'envisager la régression dans une perspective historique et culturelle, comme une plongée dans le monde archaïque non plus de l'enfance mais des sociétés primitives. Notre démarche est donc philogénétique et non plus ontogénétique.

Les travaux des ethnologues et des historiens des religions nous ont montré comment peu à peu l'homme est passé de la "pensée sauvage" à la raison.

Au début, il y avait le Paradis Terrestre, le Temps de l'Age d'Or ; il n'existait pas de maux, les hommes jouissaient de tous les biens. C'était le temps de la pensée animiste : tout était vivant, l'homme ignorait ses manques et ses limites, il était tout. Il pouvait alors dominer par la magie les animaux et les choses, comme aujourd'hui encore certaines sociétés primitives " toutes les fois qu'(elles) abordent une tâche qui est pour (elles) d'une importance vitale et dont (elles) ne peuvent venir à bout par leurs propres forces", comme le dit MALINOWSKI.

Ensuite l'homme a, peu à peu, pris conscience d'une différence entre lui et son environnement. Il a pu parler de la réalité, prendre ses distances vis-à-vis d'elle et ne plus la ressentir simplement comme immédiate. L'introduction d'un discours possible sur le monde et sur les autres est une étape considérable car elle permet à l'homme de se reconnaître comme individu.

Il n'est pas étonnant que, pour illustrer cette période, on songe au mythe de PROMETHEE. Ce dernier a volé le feu des dieux pour les hommes et a utilisé la ruse pour tromper ZEUS. Mais la découverte et la prise de l'autonomie ne s'est pas faite sans une violente réaction des dieux qui ont châtié les mortels en leur envoyant PANDORE, et PROMETHEE en le torturant avec l'aigle qui lui dévorait le foie.





Ainsi, tout avantage a sa contrepartie, le choix, l'ambivalence sont désormais les fardeaux de la condition humaine. L'homme, face à ce destin, doit s'adapter et les mythes vont lui fournir des modèles, aussi bien pour sa pensée que pour son action. Les comportements des héros mythiques lui servent d'exemple, d'autant plus que cette organisation mythique du monde repose sur la répétition : HESIODE insiste, dans "les Travaux et les Jours", sur le caractère cyclique et répétitif des périodes de l'histoire où l'on assiste à la décadence : Age d'Or, Age d'Argent, Age de Bronze, Age des Héros, Age de Fer, Règne de l'Hubris, et à nouveau Age d'Or... On est en effet dans un temps cyclique, avec le rythme du soleil, des jours et des nuits, et l'Eternel Recommencement.

Le passage du mythe à la raison, que J.P VERNANT situe au VI ème siècle avant notre ère en Grèce ionienne, c'est-à-dire avec HESIODE d'une part et les philosophes présocratiques d'autre part, apparaît comme

"Solidaire de deux grandes transformations mentales,  
- une pensée positive excluant toute forme de surnaturel et rejetant l'assimilation implicite établie par les mythes entre phénomènes physiques et agents divins ;  
- une pensée abstraite dépouillant la réalité de cette puissance que lui prêtait le mythe et récusant l'antique image de l'union des opposés au profit d'une formulation catégorique du principe d'identité".

La réalité humaine s'exprime alors dans la dimension de l'Histoire. Le temps n'est plus figé, il n'est plus cyclique, il est linéaire ; le progrès est possible et la science se développe, elle attaque les mythes, elle explique des phénomènes jusque là sacrés.



C'est cet axe diachronique que le patient de l'urgence va parcourir, mais en sens inverse, pour retrouver le monde primitif, le monde du mythe et de la magie.

Ce retour en arrière, cette régression non plus vers l'enfance mais vers le monde primitif, est d'autant plus surprenante qu'elle se déroule dans un lieu où la technique et la raison règnent. Malgré les efforts de notre société pour "démythifier", pour éliminer au maximum l'irrationnel, le fonctionnement mythique et magique n'est pas loin et peut réapparaître très facilement. La situation d'urgence nous semble être un temps particulièrement favorable à ces types de fonctionnement.

Même si nous n'allons pas aussi loin que Roland BARTHES qui écrivait en 1957 que "puisque le mythe est une parole, tout peut être mythe", nous utiliserons son modèle, emprunté à la sémiotique, et nous pourrions dire que si les signifiants sont nouveaux, ils ne font jamais qu'incarner les signifiés de toujours, et ils ne constituent en définitive que les formes mouvantes d'une mythologie éternelle. MIRCEA ELIADE insiste beaucoup sur leur persistance dans notre société occidentale.

Ces mythes, le patient peut les créer à partir des personnages, des situations, de certains mots même qu'il trouve au Pavillon d'Urgence. Certains personnages se prêtent à une mythification, non pas dans leur personne mais dans l'image qu'ils évoquent. N'est-ce pas au Preux Chevalier allant défendre sa Dame que l'on doit comparer le réanimateur tout de blanc vêtu qui traverse la ville à toute allure pour sauver de la mort l'être faible ? Est-ce seulement pour des raisons pratiques, des règles d'hygiène par exemple, que le médecin met sa blouse blanche et qu'il porte son stéthoscope autour du cou ? On pense au chaman sibérien avec son caftan auquel est accroché tout un arsenal d'objets, des disques percés d'un trou etc. et qui



ne revêt ce costume hiérophanique que lors des cures thérapeutiques. Et combien de fois entend-on les patients comparer les infirmières à des bonnes fées ?

Comment expliquer que certains malades se sentent mieux dès qu'ils sont entrés dans l'enceinte du Pavillon d'Urgence, sinon parce qu'ils se sentent protégés par ce lieu presque sacré ? Comme le temple grec avec le pronaos, le naos et l'opisthodomé, un certain nombre d'espaces sont réservés à des initiés, dans une progression savante : les familles n'entrent pas dans les boxes d'examen, et certaines salles sont réservées à une élite du "clergé", la Réanimation par exemple, interdite même aux soignants... Il y a tout un rituel bien mis en place, avec le grand nombre d'officiants aux costumes différents, le langage ésotérique (vous saignez du nez et ils parlent d'épistaxis !), des gestes étranges faits par le médecin : on vous demande de faire les marionnettes, de mettre un doigt sur le bout de son nez ; après une chute sur la tête, on vous gratouille le pied avec une épingle !...

Certains mots, certains concepts se prêtent facilement à la résurgence du mythe, peut-être essentiellement sur un plan collectif. MARX disait déjà que "notre civilisation, loin de détruire les mythes, les a multipliés". La médecine d'urgence est un domaine où ils prospèrent et se développent avec force.

Le "pin-pon" de l'ambulance véhicule tout un mythe autour de la vitesse liée à l'efficacité. Si une voiture du S.A.M.U reste immobile sur les lieux de l'accident, la foule gronde, ne comprend pas pourquoi on ne conduit pas immédiatement le sujet à l'hôpital, comme si la grande vitesse était en elle-même thérapeutique. Or, dans l'ambulance, le réanimateur est là pour donner les soins et prend son temps pour prévenir l'hôpital de la gravité de ce cas.

On peut ainsi voir toute une série de mythes réapparaître à l'évocation des mots : Santé, Urgence, Hygiène...



Au-delà même du monde mythique, les patients vont jusque dans l'univers magique où il n'y a pas de lien avec la réalité .

"La magie est quelque chose de différent : elle fait, au fond, abstraction des esprits et se sert, non de la méthode psychologique banale, mais de procédés particuliers. Il est facile de se rendre compte que la magie constitue la partie la plus primitive et la plus importante de la technique animiste, car parmi les moyens dont on se sert pour influencer sur les esprits, figurent des procédés magiques".

écrivait FREUD dans "Totem et tabou".

Le préjugé contre l'hôpital est dû à plusieurs facteurs dont le plus important est, sans doute, la peur de la souillure. L'hôpital est souillé par la présence des malades, par le malheur qui semble contagieux, par la présence de la mort, peut-être même des morts. Pour se protéger contre cette souillure, tous les rituels de lavage, de désinfection prennent une dimension particulièrement importante dans l'esprit, dans l'imagination des clients du Pavillon d'Urgence, et on peut penser qu'ils ont une fonction de purification.

C'est peut-être ce facteur magique qui intervient lors d'un lavage d'estomac, dont le but est de "faire sortir" le toxique, mais aussi le mal, l'idée de mort. "Après ça, il ne recommencera pas", entend-on souvent au Pavillon d'Urgence. Je pense qu'il ne faut pas entendre là le sadisme des infirmières qui auraient fait souffrir le suicidant : dans une institution qui reçoit plusieurs T.S par jour, le problème de la culpabilisation me semble dépassé et assez bien métabolisé ; mais cette phrase doit être comprise dans son sens magique : l'idée de se supprimer a été neutralisée, extirpée en même temps que le toxique.





N'y a-t-il pas une signification magique dans le fait que la forme et la présentation du médicament jouent un rôle essentiel ? On s'en rend compte chaque fois qu'un patient réclame une injection : "pour chasser le mal, la piqûre est plus efficace...". On connaît la valeur symbolique très grande de la perfusion et surtout de la transfusion : le sang est le porteur de la vie.

Pour les primitifs, la maladie et la mort sont ressenties comme des malédictions, comme un signe des forces du mal : pour neutraliser ces forces, pour les apaiser, il faut parfois leur sacrifier une victime ou du moins trouver le responsable, le coupable. Il semble qu'un processus mental identique persiste encore assez souvent, le blessé accuse, cherche le responsable : "c'est le frein qui a lâché... l'échelle qui est tombée... le mauvais temps...". La vie moderne, la pollution etc... sont des victimes de choix que l'on va immoler sur l'autel du Mal.

Nous avons déjà souligné l'importance de la peur devant la mort éprouvée par de nombreux patients. Ne sentent-ils pas peser sur eux le poids d'une force occulte et dont seul un exorcisme peut les sauver ? Le médecin ré-animateur n'est-il pas le plus compétent pour vous "sortir" (de) la mort ?

La situation d'urgence, qui entraîne un bouleversement profond sur lequel nous avons déjà longuement insisté, favorise la résurgence de cette pensée mythique. Elle apporte en effet une réponse aux questions brûlantes que se posent les patients de l'urgence, réponse que ne peut pas donner la raison car l'urgence est du domaine de l'imprévisible, de l'impensable, et d'autre part car l'institution offre un certain nombre de signes qu'on ne peut décrypter que dans une pensée mythique. Le mythe fournit une explication acceptable du monde ; "il intervient comme un prototype d'équilibration de l'univers, comme un formulaire de réintégration", dit



Georges GUSDORF. En puisant dans la mémoire de l'humanité, le malade trouve un schéma de comportement connu et qui a fait ses preuves. Il peut l'imiter et avoir ainsi un moyen d'adaptation. (... il faudrait, bien sûr, faire un parallèle entre cette quête historique et l'utilisation des archétypes inconscients suggérée par JUNG...)



EPREUVE DE REALITE



A CE VECU, QUE PEUT-ON REpondRE ? QUI ET COMMENT ?

=====

Il faut commencer par noter l'ambiguïté contenue dans cette phrase : un vécu peut-il avoir une réponse ? Amusons-nous à raisonner en termes de marketing puisque cette discipline utilise des méthodes statistiques identiques aux nôtres - le problème se formule alors de la façon suivante :

- Quel est le besoin ou la demande ?
- L'outil pour répondre est-il efficace et bien adapté ?
- Que préconisons-nous pour améliorer le système des urgences ?

1° point : la demande

Préciser la demande réelle des patients est en effet une question difficile, qui est de surcroît rarement posée. Quel est le souhait réel des individus qui viennent au Pavillon d'Urgence ?

Si un certain nombre de malades réclame incontestablement des soins immédiats et de très haute technicité, la majorité des patients, me semble-t-il, demande autre chose plus qu'une intervention rapide.

Entre l'instant où le malade va mal et son arrivée à l'hôpital, il souhaite une mobilisation de tous les moyens techniques les plus rapides et il fait la course avec le temps.





Une fois au Pavillon d'Urgence, le malade a le sentiment que le temps est aboli, il jouit de l'Immortalité et ce d'autant plus facilement que des spécialistes sont là présents pour le protéger.

Alors la demande se déplace : les soins proprement dits ne jouant qu'un rôle relativement secondaire, le patient souhaite une prise en charge totale, protectrice et maternante.

Mais, comme nous l'avons montré, il a déjà commencé sa régression à cause de la douleur, de l'angoisse, il n'a pas la possibilité de formuler une véritable demande, il a besoin d'une "mère" très forte qui comblera son manque magiquement.

Sur le plan pratique cela signifie qu'il<sup>n'</sup>y a plus urgence dans l'esprit du malade dès l'instant où il est à l'hôpital : il est arrivé "à temps", ainsi il a vaincu le temps. La victoire est l'élément majeur du 1<sup>o</sup> stade de l'urgence, la dimension chronologique disparaît ensuite pour le malade mais non pour les autres pour qui cette mise "hors temps" est totalement incompréhensible et folle.

2<sup>o</sup> point : Quelles structures permettent de donner une réponse à ce comportement ?  
Sont-elles bien adaptées ?

Le système actuel, avec un Pavillon d'Urgence unique, centralisé, est un bon produit ; la consommation augmente de façon régulière et rapide avec une croissance de 5000 consultants en 3 ans (52000 personnes y ont transité en 1977). C'est une solution technologique



satisfaisante car dans un même local se trouvent rassemblés des spécialistes de toutes les disciplines 24 H sur 24 - d'où une grande sécurité.

Mais ce centralisme pose des problèmes :

- financiers : mise en route par exemple de moyens lourds type SAMU pour ramasser un clochard qui dort tranquillement sur un coin de trottoir. C'est le risque de tomber dans le mythe de la "technocratie" qui prévoit et organise tout - jusqu'au moindre détail.

- relationnels surtout : l'augmentation du nombre des patients détruit la dimension humaine.

Par sa croissance indéfinie, le Pavillon d'Urgence risque de devenir un monstre de complexité et alors il se sclérosera sous le poids des charges administratives et des conflits hiérarchiques comme toutes les trop grosses entreprises.

. D'autres solutions peuvent être envisagées avec une organisation agissant en amont du Pavillon d'Urgence, en particulier au niveau des quartiers. Mais ce que l'on gagne alors en chaleur humaine, en possibilité de dédramatisation, ne le perd-t-on pas en sécurité et en efficacité ? (les crédits n'étant pas extensibles à l'infini).

Et ne risque-t-on pas là encore de tomber dans un autre mythe, celui du retour à la communauté naturelle? "La nature est bonne, tout le monde il est gentil, tout le monde il est beau".







l'urgence, il n'y avait pas eu sélection de certains malades qui pour se faire entendre avaient besoin de dramatiser leur situation et de passer par les urgences. D'autres patients auraient eux des filières différentes pour obtenir des soins : ils entreraient directement dans les services de spécialités... leur angoisse étant moindre ils seraient mieux tolérés par leur milieu, peut-être aussi ils ne seraient pas les victimes désignées par le groupe social. Il n'y aurait donc pas une véritable égalité face à l'urgence. Ce sont là des problèmes politiques qui dépassent notre étude.

Nous nous contenterons de voir comment il est possible de répondre aux Urgences dans le cadre du Pavillon d'Urgence de ST ETIENNE tel qu'il existe actuellement.

Les patients que nous avons interrogés vivent cette situation d'une façon identique quelle que soit la gravité de leur pathologie : c'est toujours un moment dramatique, une expérience proche de la psychose. Cela implique un accueil approprié pour les patients de l'Urgence, tant sur le plan de l'aménagement des locaux que sur le plan relationnel.

Un certain nombre d'améliorations techniques permettent de diminuer les difficultés de cette épreuve. Les travaux de peinture et l'ouverture des trois salles de chirurgie qui ont déjà été réalisés vont dans ce sens mais l'effort doit être continué avec par exemple :

- des meilleures indications pour faciliter les déplacements dans le pavillon,





- un aménagement de la salle où attendent les familles qui, nous l'avons vu, sont très inquiètes,
- une mise en place de téléphone, facilement accessible, pour les patients couchés ce qui leur permettrait un contact avec l'extérieur - le reste du monde continue à vivre, la médecine l'oublie trop souvent !

Dans ces temps de l'accueil, le rôle de l'hôtesse me semble très important. Son sourire rassure le malade et l'entourage dès l'entrée.

Par sa présence, elle peut aider la famille à attendre. Son rôle ne doit pas se limiter aux formalités administratives, souvent bien fastidieuses et mal comprises par le public, dans ces circonstances dramatiques. Enfin, elle peut ou doit, aussi, intervenir au moment où le patient quitte le pavillon. Ce n'est <sup>pas</sup> qu'un simple effort publicitaire, mais une fonction importante : le réconfort aide le malade à retrouver le monde extérieur, les mondes des individus.

Dans le même ordre d'idées, il me semble très important aussi de satisfaire, dans la mesure du possible médical, un certain nombre de besoins fondamentaux, tout "bêtes" mais qui prennent, pour le consultant des urgences, une place essentielle : "donner un verre d'eau, indiquer les toilettes, demander si la personne a froid" réconfortent bien vite et "à peu de frais".

C'est là le premier pas vers une humanisation



des relations. La dimension de l'individu est en effet capitale, étant donné l'état de détresse que vit le patient de l'urgence comme nous avons essayé de le montrer. Or cette dimension est souvent scotomisée parce que les soignants dissocient trop facilement le malade et la maladie ne voyant plus que cette dernière.

Même le projet technologique le plus fou ne permet pas de découper en petits morceaux le malade : une jambe en chirurgie, un ventre en médecine... et le coeur en psychiatrie. Il reste entier donc complexe : nous avons montré que le blessé de la route avait une angoisse aussi forte et de même type que le déprimé ou que l'asthmatique.

La souffrance n'est pas l'apanage de quelques uns ! Les cloisonnements habituels disparaissent lors de l'urgence où le malade ne peut rien prévoir ni organiser. Lors d'un accident, d'une avarie, tout peut arriver et l'on n'est plus sûr de rien ; de même lors d'une urgence, l'individu ne peut plus faire face : un traumatisme sévère s'intègre parfois à une défaillance cardiaque ou psychologique.

Ces conditions imposent que le pavillon d'urgence soit multi-disciplinaire, qu'on soit en mesure de prendre en charge le malade dans sa globalité. L'orthopédiste est obligé de collaborer avec les autres, du cardiologue au psychiatre. Cette notion d'un collectif soignant nous semble fondamentale et il est nécessaire que le nombre des permanents du service augmente pour que la cohésion et la continuité puissent s'effectuer dans de meilleures conditions. Il faut éviter cependant de tomber dans le piège de la création de spécialistes de l'urgence - qui n'auraient plus assez de contact avec les autres services de l'hôpital.



L'absence d'échange verbal entre le patient et les soignants oblige à utiliser d'autres modes, moins habituels de communications avec lesquelles nous sommes peu à l'aise. C'est une relation plus gestuelle que parlée dont on ne connaît pas encore le code ni les mécanismes : un gros travail dans ce domaine est nécessaire.

Il faut admettre que dans la relation d'urgence la parole n'a pas la place d'honneur. Outre cette communication non familière, il faut noter que les liens médecin-malade ont trop peu de temps pour s'établir : le malade ne sera pas revu par le médecin qui l'a examiné à l'entrée, soit il est hospitalisé dans un service spécialisé soit il rentre chez lui.

Le manque de temps et d'espace est fortement ressenti par tous ceux qui travaillent dans un service d'urgence. Les actes techniques ont souvent tendance à devenir l'essentiel du travail.

Le poids des responsabilités, la fréquence des échecs renforcent sans cesse l'angoisse des thérapeutes. Pour tous, infirmières et médecin, il y a toujours la présence fantasmatique de la grande Urgence. Celle qui va venir et qui probablement s'appelle la Mort (pas la mort de l'autre mais la nôtre). Fantôme qui est réactivé par chaque nouvel entrant porteur d'une angoisse mortifère fort élevée comme nous l'avons vue.

Tous ces éléments montrent à quel point la situation des soignants d'un pavillon d'urgence est spécifique et difficile à assumer.

Pour lutter contre ces difficultés, ces germes



de destruction, les soignants doivent en prendre conscience et pouvoir échanger leurs sentiments, leur peur. La qualité de la communication à l'intérieur de l'équipe joue un rôle déterminant dans l'efficacité thérapeutique d'un Pavillon d'Urgence comme le montre P. BARLET dans sa thèse à propos du Pavillon N de l'Hôpital Edouard Herriot de LYON.

Cette cohésion dans le corps soignant me semble un élément très important, elle nécessite que la parole passe entre les différents membres, que l'information circule, que ce soit dans le cadre de réunions de service ou d'une manière moins formelle. Par sa formation, le psychiatre semble le plus apte à jouer le rôle d'un référent.

Ainsi pour être en mesure de répondre aux urgences les soignants du PU doivent commencer par améliorer les relations entre eux et prendre conscience d'un certain nombre de failles inhérentes à l'existence même du PU.

En temps qu'institution, le Pavillon d'Urgence doit régler un certain nombre de problèmes, de contradictions internes qui unissent à son efficacité thérapeutique.

Il doit accepter que l'urgence n'est pas programmable, qu'il faut en permanence être prêt à intervenir. En reprenant ce qu'écrit Monsieur le Professeur ROCHE en conclusion du livre consacré à l'Urgence à LYON :

"L'urgence représente une partie importante de la médecine, elle est pour le médecin particulièrement intéressante car c'est dans ce domaine qu'il a le plus d'efficacité. Mais





elle exige des astreintes pénibles puisque l'urgence doit fonctionner en permanence 24 H sur 24."

On peut dire que "grandeur et servitude" est un binôme spécifique des urgences. Il en existe d'autres.

Ainsi le PU ne trouve pas facilement sa place dans le couple "impuissance-toute puissance" et l'institution oscille entre ces 2 pôles.

Le sentiment d'impuissance provient des difficultés diagnostiques particulièrement grandes : lors de l'urgence la pathologie est souvent intriquée et le médecin n'a pas toujours le temps ni les moyens d'assurer un diagnostic précis. En particulier il ne peut pas s'appuyer sur des techniques biologiques ou radiologiques complexes et se retrouve assez souvent seul sans grands moyens face au malade.

En contre partie, le Pavillon d'Urgence est souvent enclin à se croire tout puissant. Il est celui qui donne les "premiers soins". Dans ces murs, il contient les lits de réanimation. De plus tous les malades qui viennent se faire hospitaliser à l'Hôpital Bellevue passent d'abord au PU, ce qui développe du reste dans les autres services un fantasme : le PU va garder pour lui "les beaux malades".

Entre ces 2 positions, l'équilibre n'est pas facile à trouver, le PU doit maintenir sa grande capacité d'absorption mais il doit aussi savoir laisser partir et abandonner ses patients : "se vider pour se remplir" telle est sa devise.



Ceci nous amène à évoquer d'autres contradictions propres à un Pavillon d'Urgence. Elles concernent essentiellement le problème du tri des malades.

Comment expliquer ces situations fréquentes ?

Un alcoolique en état d'ivresse est renvoyé, le même individu avec quelques signes de décompensation cirrhotique sera hospitalisé.

Devant un dépressif le PU accepte celui qui a absorbé quelques comprimés de tranquillisants et refoule celui qui n'est pas encore passé à l'acte.

Les critères de choix, de sélection semblent bien contestables car y-a-t-il vraiment urgence dans un cas et pas dans l'autre ?

Que dire du rôle que joue le Pavillon d'Urgence vis-à-vis des cas sociaux : exclus, "paumés", sociopathes, vieillards isolés, qui se présentent de plus en plus souvent à la porte de l'hôpital et demandent une intervention rapide. Il est difficile de les rejeter sous le prétexte qu'ils ne font pas partie des "malades" avec un grand M dont on parle dans les livres de médecine. Mais jusqu'où l'hôpital peut-il accepter de prendre en charge la détresse du monde?

Plus encore qu'ailleurs, la collaboration avec les autres institutions (police, justice, administration hospitalière...) est nécessaire, le Pr ROCHE insiste sur ce point car cette entente est souvent considérée comme une entrave, une gêne à la recherche de formules originales et souples.



C'est probablement en allant au delà de l'institution que nous trouverons les meilleures solutions pour améliorer le fonctionnement du système de réponse à l'urgence. Nous voyons plusieurs thèmes qui devraient être étudiés.

- l'organisation d'un système préventif de l'urgence : développement des institutions d'aide aux isolés, personnes âgées.

- La collaboration avec les médecins installés en ville dont le rôle devrait être développé dans une phase suivant le passage d'un malade au PU. Ce point semble assez facile car les omnipraticiens ont insisté auprès de nous pour qu'une amélioration soit apportée dans les relations entre eux et l'hôpital. Peuvent-ils, seuls jouer ce rôle ? Pour les aider, doit-on mettre en place des équipes pluridisciplinaires en particulier avec les autres travailleurs sociaux ?

Ce serait ainsi développer tout un domaine encore peu exploité : celui de l'éducation sanitaire, le médecin consacrant une partie de son temps à informer et à apprendre à la population à vivre avec son corps et à prendre le recul nécessaire face à la maladie, face à l'urgence en particulier.



La reprise de nos différentes hypothèses est nécessaire. Que pouvons-nous dire sur le vécu de l'urgence chez les patients venant au Pavillon d'Urgence ?

1. Il y a une certaine homogénéité dans ce vécu, quelle que soit la pathologie.
2. Ce vécu est comparable à une expérience psychotique consécutive à une régression induite.

Le terme de psychose peut paraître un peu excessif, il exprime cependant le caractère très archaïque des mécanismes de défense mis en jeu à cette occasion ; ceci quelle que soit la gravité de la pathologie objective ; nous n'avons pas cherché à dramatiser la situation vécue par le patient, mais nous avons simplement recueilli leurs sentiments.

3. Les facteurs inducteurs de la régression sont :

- des affects personnels, la douleur et l'angoisse. L'hôpital n'est donc pas le seul facteur de régression.
- des éléments d'un autre ordre. L'institution hospitalière et le "système" des soins urgents jouent un rôle majeur dans l'induction de la régression, et ceci nous semble très net pour le Pavillon d'Urgence. Mais nous n'avons pas la possibilité de savoir si la régression n'existe pas ailleurs, dans les autres services.
- une conception mythique et magique est présente au Pavillon d'Urgence ; elle signe aussi la régression du sujet vers un statut de primitif.





C O N C L U S I O N



## C O N C L U S I O N

=====

Que se passe-t-il dans la tête des gens qui arrivent dans un Pavillon d'Urgence et comment se comportent-ils dans cette situation ?

Nous avons essayé d'analyser ce point de vue des consommateurs face à l'urgence grâce à une enquête.

Le Pavillon d'Urgence de l'Hôpital Bellevue reçoit toutes les urgences médicales, chirurgicales et psychiatriques de la ville de SAINT ETIENNE et des environs. C'est le seul établissement chargé de cette fonction dans le Sud du département de la Loire : depuis quelques mois un SAMU a été mis en place dans cet établissement.

Nous avons pris au hasard 200 individus au moment de leur passage au Pavillon d'Urgence et nous leur avons posé 50 questions programmées pour connaître ce qu'ils ressentaient face à l'urgence.

Les données ont été traitées par une analyse statistique descriptive puis multidimensionnelle (analyse de correspondances) qui nous a permis de mettre en évidence un certain nombre de critères généraux qui définissent la façon dont les malades vivent cette situation :

- le vécu de l'urgence est identique pour le patient quelle que soit sa pathologie.

- L'expérience de l'urgence est toujours dramatique. Elle s'organise autour d'un facteur de passivité ou de dépendance. Nous avons comparé cette situation à une expérience psychotique, en insistant sur l'importance de la régression.



Cette régression dans le monde archaïque n'apporte pas que des bénéfices de l'ordre de la réparation, mais elle fait revivre des fantasmes très primitifs, extrêmement angoissants et destructeurs.

Une enquête auprès des 60 médecins généralistes installés à SAINT ETIENNE nous a permis de comprendre ce qui se passait en amont du Pavillon d'Urgence. Les résultats de cette étude nous ont aidé à préciser le comportement des patients lors de l'urgence.

Nous avons essayé de voir les éléments qui induisaient la régression, en les groupant en deux catégories :

. d'une part les facteurs individuels, la douleur et l'angoisse, qui préexistent à la venue à l'hôpital.

. d'autre part les facteurs institutionnels qui favorisent et peut être même engendrent la régression ; ce sont :

+ le cycle de l'urgence (la mécanique médicale et sociale impose à l'individu malade un comportement régressif).

+ la dimension "spectacle" de l'urgence (le malade ayant tout à la fois un rôle fondamental et accessoire) qui ne permet pas au patient d'avoir un statut d'adulte.

Si cette régression s'effectue sur un plan ontogénétique on peut la voir aussi comme un retour vers une "pensée primitive" et concevoir l'urgence comme un passage de la pensée rationnelle et scientifique à une explication mythique ou même magique du monde. Sous de nouveaux signifiants se cachent de vieux mythes et les malades comme les soignants en sont très souvent dupes.



Qu'il puise dans les souvenirs de sa petite enfance ou dans la mémoire de l'humanité, l'individu qui arrive aux urgences vit donc une expérience dramatique et bouleversante où la mort réelle et imaginaire joue un grand rôle.

En quels termes et sous quelles formes peut-on apporter une réponse à ce phénomène de l'urgence ?

Pour éviter tout projet utopique nous nous sommes contentés d'analyser la réponse institutionnelle donnée par le pavillon d'urgence, tel qu'il existe actuellement.

Nous avons montré les difficultés du travail des soignants, dans un tel service et cherché les améliorations possibles. Outre certains points techniques précis (locaux, téléphone...) elles nous semblent dépendre surtout des relations entre les différents thérapeutes. Le passage de l'information et les échanges entre les soignants à l'intérieur du pavillon sont indispensables à l'efficacité thérapeutique et humaine.





De nouvelles formes de communication entre le malade et les soignants doivent être étudiées ; en effet, le canal verbal s'avère très insuffisant lors d'une situation d'urgence.

Par ailleurs, un gros effort doit être fait dans la collaboration avec les médecins généralistes installés en ville, dont le rôle en aval de l'urgence doit être renforcé. Enfin, un développement de l'éducation médicale est indispensable, pour que les gens s'acceptent et acceptent leur souffrance.

Le Président de la Thèse  
Professeur M. COLIN

Vu et permis d'imprimer  
Lyon le 5 Juin 1978

Le Président de l'Université  
CLAUDE BERNARD I

Le Directeur  
de l'U.E.R LYON-NORD

Professeur Agrégé  
J.P. NEIDHARDT

Professeur D. GERMAIN



ANNEXE

QUESTIONNAIRE MEDECIN

=====

1 - Médecin et urgence en ville

- Il vous arrive, à votre cabinet de recevoir des appels urgents. Parmi ces appels certains vous obligent à interrompre immédiatement vos activités.

Très souvent ☐

Assez souvent ☐

Parfois ☐

Rarement ☐

Très rarement ☐

- Vous est-il arrivé de vous déplacer de cette manière, en laissant tout, alors que votre visite aurait pu être différée ?

Très fréquent ☐

Fréquent ☐

Peu fréquent ☐

Rarement ☐

Très rarement ☐

- Précisez le cas échéant, dans quels cas ?

- L'appel urgent vous semble lié le plus souvent

- A la gravité médicale de la situation

- A l'angoisse des malades

- A l'angoisse de l'entourage

2 - Rapport du médecin avec le S.U.S.I

- Connaissez-vous le P.U et les osignants qui y travaillent ?

oui ☐

non ☐

- A combien estimez-vous le nombre de malades vus au S.U.S.I par jour ?

- Sur ce nombre de malades combien, à votre avis, ont été vus par un médecin préalablement ?



- Pensez-vous qu'en dehors des malades restant hospitalisés, il existe une "concurrence" entre le S.U.S.I et votre cabinet ?

oui ☐

non ☐

- A l'inverse le S.U.S.I est-il une aide dans votre travail en cabinet ?

oui ☐

non ☐

si non pourquoi ?

- Vous adressez un certain nombre de malades au S.U.S.I  
Pouvez-vous préciser dans quelles circonstances habituelles ?

1 - Diagnostic impossible au cabinet

Très fréquent ☐

Fréquent ☐

Peu fréquent ☐

Rarement ☐

Très rarement ☐

2 - Traitement impossible à domicile

Très fréquent ☐

Fréquent ☐

Peu fréquent ☐

Rarement ☐

Très rarement ☐

- Envoyez-vous systématiquement certains malades au S.U.S.I

1 - oui ☐

non ☐

2 - Pour quels types d'affections

Insuffisance sévère d'une des fonctions vitales

Raisons médico-sociales

Raisons sociales (par exemple : malades sans domicile fixe)

- L'organisation du S.U.S.I vous paraît plutôt ?



|                               | Très bonne | : Bonne | : Satisfaisante | : Mauvaise | : Très mauvaise |
|-------------------------------|------------|---------|-----------------|------------|-----------------|
| point de<br>des<br>ns         | :          | :       | :               | :          | :               |
| ueil du<br>lade               | :          | :       | :               | :          | :               |
| velles<br>nnées<br>x<br>decin | :          | :       | :               | :          | :               |

- Existe-t-il souvent une discordance entre votre position et celle de l'équipe médicale hospitalière du S.U.S.I ?

☐ Très souvent    ☐ souvent    ☐ parfois    ☐ Rarement  
☐ Très rarement

- L'attribuez-vous éventuellement à :

- . des raisons techniques : moyens diagnostiques supérieurs

Très souvent ☐  
Souvent ☐  
Parfois ☐  
Rarement ☐  
Très rarement. ☐

- . des raisons d'environnement psychologique : contexte dédramatisé par rapport à votre consultation initiale

Très souvent ☐  
Souvent ☐  
Parfois ☐  
Rarement ☐  
Très rarement ☐

- . des raisons d'environnement médical : recul, surveillance, recours à des médecins spécialistes

Très souvent ☐  
Souvent ☐  
Parfois ☐ Autres raisons, précisez :  
Rarement ☐  
Très rarement ☐





- Parmi les malades envoyés au S.U.S.I un certain nombre relève en fait d'emblée, d'un service de médecine "lente".  
A votre avis quel % représente cette éventualité dans l'ensemble des malades ?  %

### 3 - Médecin et hospitalisation

- Est-il facile de faire admettre l'hospitalisation à un malade en dehors du cadre d'un traitement apparaissant pour lui et ses proches impossible à domicile ?

☐ Très facile      ☐ Facile      ☐ Normal  
☐ Très difficile      ☐ Difficile

- En cas de situation difficile, est-il plus facile de faire admettre l'hospitalisation ?

☐ . immédiatement au S.U.S.I  
☐ . ou bien le malade et son entourage insistent-ils pour un essai thérapeutique à domicile préalable à la décision d'hospitalisation.

- Vous arrive-t-il d'utiliser la structure du S.U.S.I pour u faire admettre rapidement des malades dont vous avez l'impression qu'ils refusaient l'hospitalisation si elle était différée ?

☐ Très souvent      ☐ Souvent      ☐ Parfois      ☐ Rarement  
☐ Jamais

- Existe-t-il une pression de la famille pour l'hospitalisation immédiate au S.U.S.I ?

Pour des raisons sociales  
Pour des raisons familiales  
Pour des raisons psychologiques  
(peur de l'aggravation)

| oui                  | non                  |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |



- La famille est-elle particulièrement pressante dans les cas de troubles du comportement ?

oui ☐ non ☐

- Vous arrive-t-il d'adresser au S.U.S.I des malades qui risquent d'être refusés par d'autres services (urgence = moyen facile d'hospitalisation)

oui ☐ non ☐

- Faites-vous hospitaliser en urgence des malades dans un établissement privé ?

souvent ☐  
quelquefois ☐  
jamais ☐

Pourquoi ?

- Il existe à St Etienne pour les urgences depuis quelques mois une série d'organismes chargés de l'urgence

- . SAMU
- . SOS médecin
- . garde de ville des médecins
- . pavillon d'urgence S.U.S.I.
- . service privé d'ambulance
- . pompiers

- Pensez-vous que l'organisation actuelle est

très satisfaisante ☐  
satisfaisante ☐  
peu satisfaisante ☐  
inadéquate ☐

+ dans ces derniers cas faut-il créer une structure plus centralisée (n° de téléphone unique...) ☐



++ Au contraire des structures plus décentralisées permettraient d'éviter une mise en jeu trop fréquente de moyens techniques lourds et souvent inadaptés. ☐

- L'hospitalisation à domicile vous semble-t-elle être souvent une bonne solution à des problèmes dits d'urgence ?

|         |                          | <u>Est-ce possible ?</u> |                          |
|---------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bon     | <input type="checkbox"/> | Souvent                  | <input type="checkbox"/> |
| Moyen   | <input type="checkbox"/> | Pas souvent              | <input type="checkbox"/> |
| Pas bon | <input type="checkbox"/> | Rarement                 | <input type="checkbox"/> |

#### 4 - CONCLUSION

- Comment vivez-vous l'urgence ?

- . Comme un moment riche de votre pratique ☐
- . Comme un moment difficile et angoissant
  - à cause de votre insuffisance technique ☐
  - à cause du sentiment de mort sous jacent ☐
- . Comme une contrainte intolérable à votre vie personnelle ou familiale. ☐

- Quel type de collaboration peut-il s'établir entre P.U et vous ?

Pensez-vous que les omnipraticiens peuvent faire profiter les médecins du P.U de leur expérience ? et sous quelle forme ?...

A l'inverse pensez-vous que l'équipe médicale du P.U peut vous aider et comment ?...



B I B L I O G R A P H I E

=====

- ALAJOUANINE (TH.) : La douleur et les douleurs.  
Masson 1957.
- AUBIN (H) : L'homme et la magie.  
Desclée de Brouwer, Paris 1952.
- BALINT (M.) : Les voies de la régression  
Payot 1972.  
La psychothérapie focale.  
Payot 1975.
- BARLET (P.) : La psychiatrie au service d'urgence  
médicale des Hospices Civils de Lyon.  
Thèse de médecine, Lyon 1969.
- BARTHES (R.) : Mythologies.  
Seuil, 1957.
- BASTIDE (R.) : Le sacré sauvage.  
Payot 1975.
- BAUDOUIN (C.) : L'oeuvre de Jung.  
P.U.F 1963
- de BEAUVOIR (S.) : Une mort si douce.
- BELAZI (A.) : Le service d'urgence médico-chirurgi-  
cale et de soins intensifs de l'hôpi-  
tal Bellevue à Saint Etienne service  
du Dr H. Vignon activité en 1 an -  
1.9.72 au 31.8.73 - Thèse Médecine  
Lyon 1974 n° 175.
- BERGERET (J.) : La dépression et les états-limites.  
Payot 1975.
- BOLTANSKI (L.) : Prime éducation et morale de classe.





- BOUROCHE (J.M) et SAPORTA (G.) : L'analyse des données.  
Pour la science n° 5 1978
- BOURRET (P) : le rôle de l'hôpital en matière de soins d'urgence.  
in la santé de l'homme  
n° 135 1964.
- BRELET-RUEFF (C) : Médecines traditionnelles sacrées. Culture, art, loisirs  
1975.
- BRIDGMANN (R.F) : L'hôpital et la cité.  
in Encyclopédie hospitalière et système hospitalier.  
Publié par l'O.M.S 1973.
- BUGARD (P) : L'état de maladie, convergences génétiques, sociologiques et psychosomatiques.  
Masson 1964.
- CHAREYRE (I.) et VIGNAL (F.R) : Le rôle du pharmacien dans la relation thérapeutique.  
Thèse de médecine, Lyon 1977
- CAYROL (J.) : le camp de la mort.
- COLIN (M.) : - Le service psychiatrique des urgences à l'hôpital général.  
in psychologie médicale tome 7  
n° 4 1975.  
- Urgences psychiatriques.  
in Cahiers Médicaux Lyonnais,  
n° 33 octobre 1974.
- COSNIER (J) : Cours polycopié, 1974.  
- Spécificité de l'attitude éthologique dans l'étude du comportement humain.  
- Communication non verbale et langage.  
in Psychologie médicale tome 9  
n° 11 1977.



- DAGONET (F) : La raison et les remèdes.  
P.U.F. 1964.
- DEFAYOLLE (M), JACQ (J),  
ROBLIN (J.M) : Taxinomie numérique et modèles  
d'organisation structurelle en  
biologie. Publié par le C.R.E.S.  
S.A Lyon 1977
- DIDAY (E.) et LEBART (L) : Analyse des données.  
In la Recherche volume 8 n° 74  
1977.
- DUBERNARD (C.) : Phénomène de la Régression dans  
les névroses traumatiques.  
Thèse médecine Lyon 1970.
- ELIADE (M.) : Traité d'histoire des religions.  
Payot 1974.
- FERENCZI (S.) : Thalassa, psychanalyse des ori-  
gines de la vie sexuelle.  
Payot 1962.
- FOUCAULT (M.) : Naissance de la clinique.  
P.U.F.
- FOURNIAL (E) : Saint-Etienne, histoire de la  
ville et de ses habitants.  
Editions Horvath, Roanne 1976.
- FREUD (S.) : Totem et Tabou  
Payot 1975.
- GIRARD (R) : La violence et le sacré.  
Grasset 1972.
- GUIMARD (P.) : Les choses de la vie.
- GOFFMAN (E.) : la mise en scène de la vie quo-  
tidienne.  
Editions de Minuit 1973.



- GUSDORF (G.) : Mythe et métaphysique.  
Flammarion 1953.
- HALL (E.) : La dimension cachée.  
Seuil 1971.
- IMBERT (J) : Les hôpitaux en France.  
P.U.F 1974.
- JACQ (J.) : L'évaluation des facteurs  
latents de la conduite suicidaire.  
Mémoire de psychologie expérimentale Lyon 1976.
- KLEIN (M.) et RIVIERE (J.) : L'amour et la haine, étude psychanalytique.  
Payot 1973.
- LENOIR (R) : Les exclus.  
Seuil 1974.
- LE PORRIER (H.) : Paradoxe sur la médecine.  
Fayard, 1968.
- LEVI-STRAUSS (C.) : - La pensée sauvage.  
Plon 1962  
- Le totémisme aujourd'hui.  
P.U.F 1962.
- LUCIANI (J.P.) : Le service médical d'accueil de  
l'hôpital Edouard Herriot de Lyon.  
Thèse de médecine Lyon 1974.
- MANDON (D) : Les barbelés de la culture :  
Saint-Etienne, ville ouvrière.  
Fédérop, Lyon 1976.
- MARCHAIS (P.) : Magie et mythe en psychiatrie.  
Masson 1977.
- MARCUSE (H.) : L'homme unidimensionnel.  
Editions de Minuit 1968.



- MARITAN (C.) : Vivre sa mort tous les jours.  
Thèse de médecine Lyon 1972.
- MARUANI (G.) : Douleur et psychosomatique.  
in Revue des sciences médicales  
n° 225 1977
- MORIN (E.) : L'homme et la mort.  
Seuil 1970.
- MURAT (J.) et FROGE (E.) : L'urgence hospitalière : des améliorations sont possibles.  
in cahiers médicaux n° 10 1975.
- PEQUIGNOT (H.) et GATARD : Hôpital et humanisation  
E.S.F 1976.
- QUENARD (O.) : Interventions psychothérapiques et urgence. A paraître.
- RAYMONDIS (I.M) : Pour une politique de l'urgence : l'expérience lyonnaise.  
Publié avec le concours du C.N.R.S  
Lyon 1977.
- ROCHE (L.) : Le service d'urgence médicale des Hospices civils de Lyon.  
Masson 1967.  
  
Propos sur l'urgence.  
in Cahiers Médicaux lyonnais tome 1  
n° 4 1975.
- ROLLAND (J.C) : L'institution et le problème de la régression.  
Thèse de médecine, LYON 1972.
- ROUSSOT (J.F) et VANON (J.C) La prise en charge au service médical d'accueil du Pavillon N étude statistique sur 1078 cas.  
Thèse de médecine Lyon 1978.
- RUSSIER (J.) : La souffrance.  
P.U.F. 1973.





- SARANO (J) : La douleur  
Editions de l'Epi Paris 1965.
- SARTRE (J.P.) : L'Etre et le Néant.  
Gallimard, la Pléiade.
- SEGAL (H) : Introduction à l'oeuvre de Mélanie  
Klein.  
P.U.F 1969.
- SOLJENITSYNE : Le Pavillon des Cancéreux.
- SOURNIA (J.C) : Mythologies de la médecine moderne  
essai sur le corps et la raison.  
P.U.F collection Gallien 1969.
- VERNANT (J.P.) : Mythe et pensée chez les Grecs I  
et II.  
Maspéro 1974.
- VEYRET (C) : Le service radiologique d'urgence.  
Thèse de médecine 1975.
- WATZLAWICK (P.) : Une logique de la communication.  
Seuil 1972.
- WINNICOTT (D.W) : L'enfant et le monde extérieur.  
Payot 1975.

Problèmes psychologiques posés par la médecine d'urgence.  
XVIIIe colloque international de la Société de  
Psychologie Médicale de langue Française.  
in Psychologie médicale, tome 9, N° 3 1977.

L'urgence médicale à Lyon  
Réunion de Lyon, 30 septembre 1976.  
in Masson, collection de Médecine Légale et de Toxicologie Médicale 1977.



TABLE DES MATIERES

=====

|                                                              |       |
|--------------------------------------------------------------|-------|
| <u>INTRODUCTION</u>                                          | p. 1  |
| <u>LA SITUATION STEPHANOISE</u>                              | p. 6  |
| . Saint-Etienne, une ville à la<br>recherche de son identité | p. 6  |
| . Le Pavillon d'Urgence                                      | p. 11 |
| <u>METHODES</u>                                              | p. 15 |
| <u>LE TRAITEMENT INFORMATIQUE</u>                            | p. 30 |
| . Pourquoi des statistiques ?                                |       |
| . Principes                                                  | p. 30 |
| . Les différents résultats.                                  |       |
| . Temps descriptif                                           | p. 37 |
| . Analyse des correspondances                                | p. 50 |
| <u>QUELQUES COMPORTEMENTS POUR ILLUSTRER CES CHIFFRES</u>    | P. 65 |
| . Attitude corporelle                                        | p. 67 |
| . Rapport au temps                                           | p. 68 |
| . Rapport au monde extérieur                                 | p. 69 |
| . Conscience de soi et d'autrui                              | p. 71 |
| . Verbalisation                                              | p. 72 |
| . Relation aux autres                                        | p. 74 |



|                                                    |        |
|----------------------------------------------------|--------|
| <u>ESSAI DE THEORISATION</u>                       | p. 77  |
| <u>LES ELEMENTS INDUCTEURS DE LA REGRESSION</u>    | p. 82  |
| . La douleur                                       | p. 83  |
| . L'angoisse                                       | p. 90  |
| . Facteurs institutionnels                         | p. 95  |
| . La fonction magique                              | p. 102 |
| <u>EPREUVE DE REALITE :</u>                        |        |
| Que peut-on répondre ? Qui et comment ?            | p. 110 |
| <u>CONCLUSION</u>                                  | p. 123 |
| <u>ANNEXE</u> : Enquête auprès des omni praticiens | p. 126 |
| <u>BIBLIOGRAPHIE</u>                               | p. 132 |
| <u>TABLE DES MATIERES</u>                          | p. 138 |

-----ooOoo-----



Nous remercions les laboratoires SPECIA de  
leur aide dans la réalisation de ce travail.









